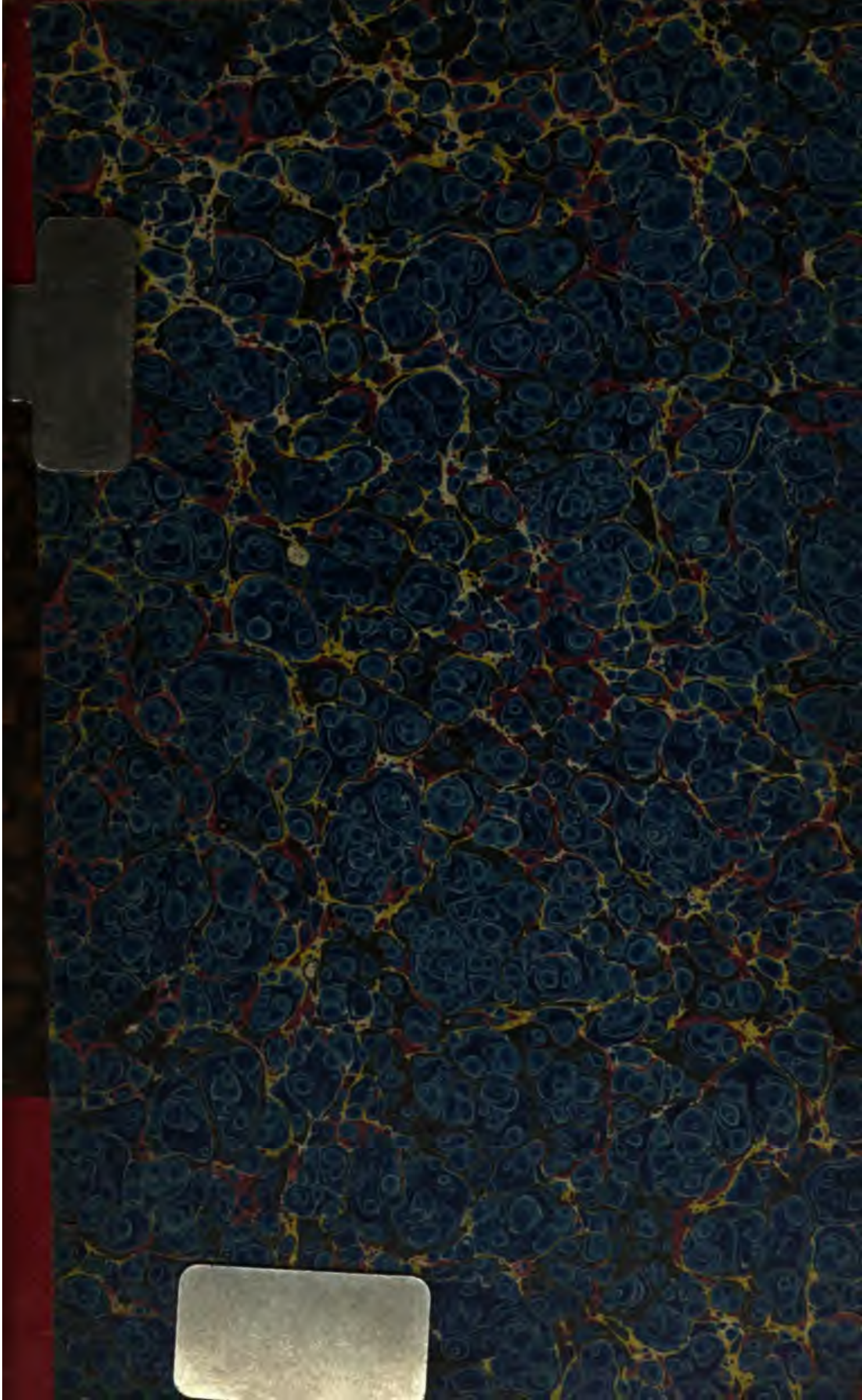
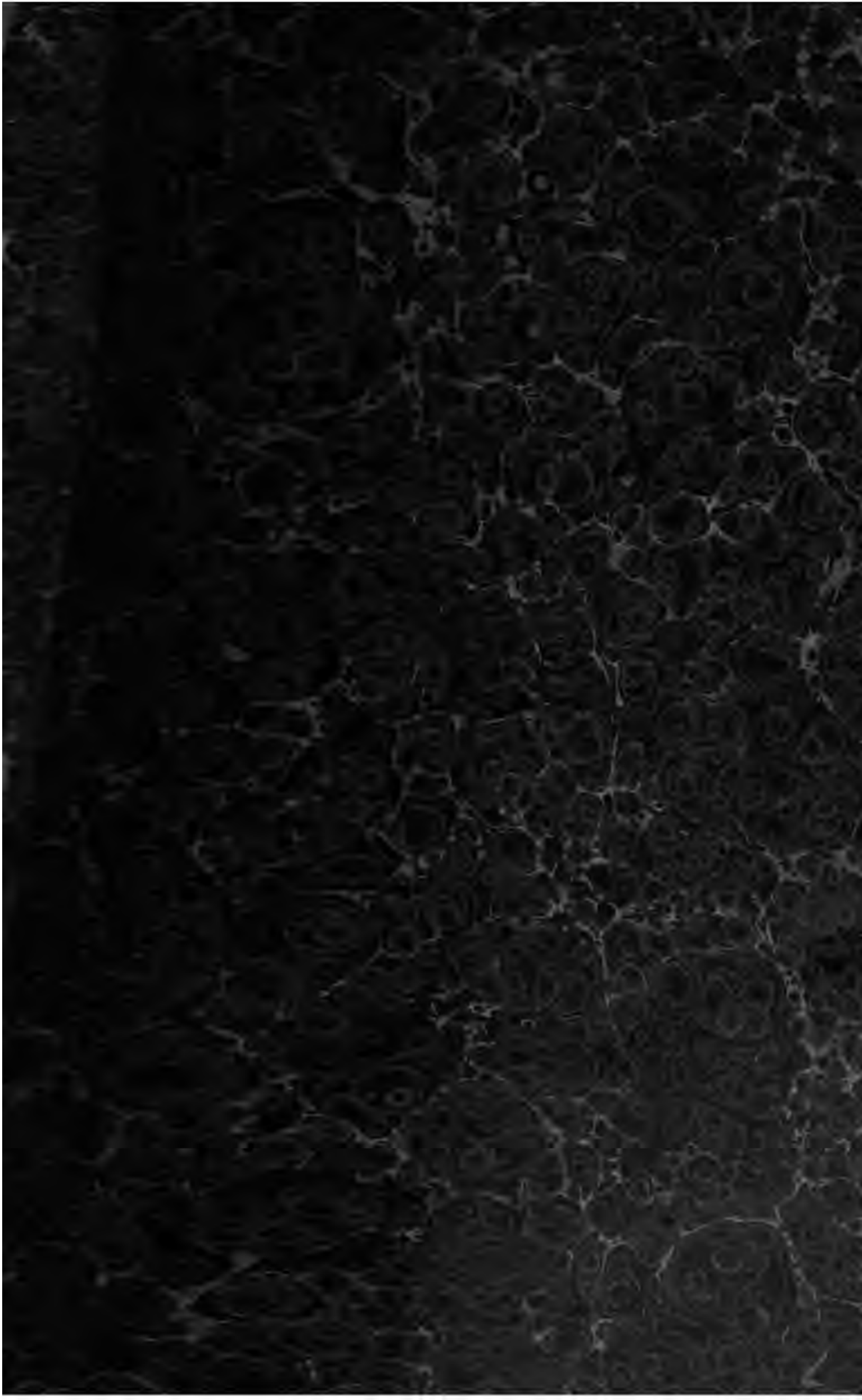






ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME VII.

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris..........................	18 francs.
Pour les départements..........	20 —
Pour l'Europe...................	21 —
Pour les États-Unis d'Amérique. ..	23 —
Pour les autres parties du monde.	25 —

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie H. LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr LEBLOND, rédacteur en chef, 9, rue de Mulhouse, ou à M. H. LAUWEREYNS, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

(MALADIES DES FEMMES, ACCOUCHEMENTS)

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, COURTY, T. GALLARD

Rédacteur en chef

Dr A. LEBLOND

TOME VII

Contenant des travaux de MM.

BESNIER (Jules), DE SINÉTY, GUICHARD (Ambroise).
HERRGOTT, LE DIBERDER, LE DOUBLE, MARTINEAU, MUNDÉ,
PAJOT, POLAILLON, PUECH, TARNIER, VERNEUIL.

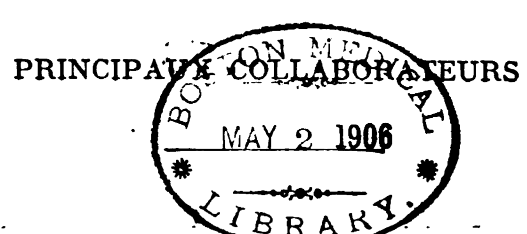
1877

(1er SEMESTRE)

PARIS
H. LAUWEREYNS, LIBRAIRE-ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1877

PRINCIPAUX COLLABORATEURS



BARDY-DELISLE, présid. de la Soc. méd. de la Dordogne, chirurg. de l'hôp. de Périgueux.
BERGERON (G.), prof. agrégé à la Fac. de Paris.
BLEYNIE, prof. d'accouch. à l'école de médecine de Limoges.
BOISSARIE, ex-interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital de Sarlat.
BOUCHARD (Ch.), prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris, médecin des hôpitaux.
BOUCHUT, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.
BOURDON, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôp. de la Charité.
BROUARDEL, prof. agregé à la Faculté de méd., médecin des hôpitaux.
BURDEL, médecin de l'hôpital de Vierzon.
CHARRIER, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de Paris.
CHÉRON, médecin de la prison de St-Lazare.
CHURCHILL (Fletwood), prof. d'acc. à l'univ. de Dublin.
CLOSMADEUC, chir. en chef de l'hôp. de Vannes.
CORDES (de Genève), prof. libre d'accouchem.
COURTY, prof. de clin. chirurg. à la Fac. de Montpellier.
DELORE, ex-chirurgien en chef de la Charité de Lyon.
DELPECH, prof. agrégé à la Fac. de méd., membre de l'Ac. de méd., médecin des hôpit.
DESNOS, médecin de l'hôpital de la Pitié.
DESORMEAUX, chirurgien des hopitaux.
DEVILLERS, membre de l'Académie de médec.
DUGUET, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin des hôpitaux.
DUMAS profes. d'acc. à la Faculté de méd. de Montpellier.
DUMONTPALLIER, médecin des hôpitaux.
DUMESNIL, prof. à l'école de méd. de Rouen, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
DUPUY (L.-E.), ancien interne des hopitaux de Paris.
EUSTACHE, agr. à la Faculté de Montpellier.
FAYE, prof d'acc. à l'Université de Christiania.
FEREOL, médecin des hôpitaux.
FERRAND, médecin des hôpitaux.
FOURNIER (Alfred), prof. agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôp. de Lourcine.
GALLARD, médecin de l'hôpital de la Pitié.
GAUTRELET, prof. d'acc. à l'éc. de méd. Dijon.
GILLETTE, chir. des hop. de Paris, ex-prosect. à la Fac. de méd. de Paris.
GOMBAULT, médecin de la Pitié.
GRYNFELTT, prof. agrégé à la Fac. de médecine de Montpellier.
GUÉRINEAU, prof. à l'école de méd. de Poitiers.
HARDY (A.), prof. à la Fac. de médec., membre de l'Ac. de méd., méd. de l'hôp. St-Louis.
HERRGOTT, prof. à la Faculté de méd. de Nancy
HEURTAUX, profes. à l'école de méd. de Nantes.
JACQUET, ex-chef de clinique à l'école de méd. de Lyon.
LABARRAQUE (Edouard), ancien interne des hôpitaux de Paris.
LABAT, prof. d'acc. à l'éc. de méd. de Bordeaux.
LABBÉ (Edouard), médecin de la Maison municipale de santé.
LABBÉ (Léon), prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien de l'hôpital de la Pitié.
LARCHER (O.), anc. interne des hôp. de Paris.
LE FORT, prof. à la Fac. de méd. de Paris, chirurg. de l'hôp. Beaujon.
LEBLOND, ancien interne des hôp. de Paris.
LIZÉ, ex chir. en chef de la Matern. du Mans.
MARTIN (A.), memb de la Soc. de méd. de Paris.
MARTIN (Edouard), ancien interne des hôpitaux de Paris.
NIVET, prof. d'acc. à l'école de médecine de Clermont-Ferrand.
ONIMUS, membre de la Soc. de biologie.
PAJOT, prof. d'acc. à la Fac. de méd. de Paris.
PARISOT, prof. adjoint à la Faculté de méd. de Nancy.
PENARD, ex-prof. d'accouchements á l'école de méd. de Rochefort.
PETER (M.), prof. à la Faculté de médecine, médecin des hopitaux.
PILAT, prof. d'acc. à l'école de méd. de Lille.
POLAILLON, prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien-adjoint de la Maternité.
POUCHET (Georges), memb. de la Soc. de biolog.
POZZI, ex-interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de médecine, prof. agrégé à la Faculté de médecine.
PUECH (Albert), médecin de l'Hôtel-Dieu de Nîmes.
RAYNAUD (Maurice), prof. agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôp. Lariboisière.
REY, prof. d'acc. à l'école de méd. de Grenoble.
RICHET, prof. à la Fac. de méd., membre de l'Acad. de méd., chirurg. de l'Hôtel-Dieu.
SAINT-GERMAIN (de), chirurg. de l'hôpital des Enfants-Malades.
SIREDEY, médecin de l'hôp. Lariboisière.
SLAVJANSKY, prof. agrégé d'accouch. à l'Acad. medico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg.
TILLAUX, profes. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hop., directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.
TRÉLAT (Ulysse), profes. à la Faculté de médecine, membre de l'Ac. de méd., chirurgien de la Charité.
WORMS, méd. en chef de l'hôp. de Rothschild.



ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Janvier 1877.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE LA LÉTHALITÉ DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES
ET DE QUELQUES ACCIDENTS RARES APRÈS L'EXPLORATION ET L'OPÉRATION

Par M. le Dr Verneuil,
Professeur à la Faculté de médecine.

L'anaplastie vésico-vaginale n'est malheureusement pas toujours innocente. Pour ma part, j'ai eu le regret de perdre plusieurs opérées, et d'observer chez d'autres des accidents sérieux L'affection par elle-même et sans intervention chirurgicale présente également une certaine gravité; c'est pourquoi j'ai cru bon de réunir dans un chapitre spécial tous les cas opérés ou non, que j'ai vus se terminer fatalement.

Certes, je n'en arriverai pas à conclure qu'il faut abandonner à leur sort les pauvres infirmes dans la crainte de compromettre leur vie, et je ne songe point à ranger la restauration de la cloison vésico-vaginale parmi les opérations de pure complaisance. Mais je crois qu'il faut dire la vérité ici comme ailleurs.

N'oublions pas du reste que malgré les brillants succès obtenus de nos jours, à l'aide des procédés américains, il existe et il existera toujours, sans doute, des praticiens timorés qui chercheront (et je suis loin de leur en faire un reproche) à remplacer les procédés sanglants par des opérations moins dangereuses.

Dans ces dernières années, s'est accentuée une certaine réaction contre les restaurations sanglantes, MM. Deneffe, Van Vetter et Bouqué en Belgique, Rizzoli, Amabile à Naples, ont cherché à remettre en honneur la cautérisation et l'emploi des moyens mécaniques unissants ; ils affirment qu'on peut obtenir à leur aide des succès moins rapides il est vrai, mais aussi nombreux et aussi sûrs, et qui font courir aux opérées beaucoup moins de risques.

Ces auteurs basent leur opposition d'une part sur des difficultés d'exécution très-réelles du procédé américain ; d'autre part, sur les périls inhérents aux opérations sanglantes. Cette dernière considération, je l'avoue, me touche particulièrement. Je suis persuadé que les procédés nouveaux font courir moins de dangers que les anciens, d'abord parce que, réussissant plus souvent du premier coup, ils exposent moins à ces opérations répétées si communes autrefois ; ensuite parce que les temps opératoires dont ils se composent ménagent mieux les tissus, et dispensent surtout, dans le plus grand nombre des cas, des manœuvres autoplastiques, décollement, incisions libératrices, etc. Et malgré tout, la mortalité est encore assez grande, si j'en juge au moins par ma pratique. En effet, dans mes cas malheureux, je ne crois pas avoir commis de faute chirurgicale notable ni avant, ni pendant, ni après, et cependant j'ai perdu 5 femmes sur environ 80 opérations ! Deux autres ont failli succomber, l'une à un érysipèle, l'autre

à une embolie ; plusieurs fois des accidents assez sérieux ont éclaté du côté du bas-ventre ; ils ont cédé aux moyens mis en usage, mais n'ont pas laissé que de m'inquiéter.

Les statistiques dues à d'autres chirurgiens sont en apparence plus favorables, mais je ne suis pas bien convaincu qu'elles soient toutes intégrales. Cependant, comme il ne m'est pas permis de contester des chiffres, sans avoir en main les preuves de leur inexactitude, je laisse à mes confrères la satisfaction de leur pratique heureuse ; j'admets que la mienne a été moins favorisée, mais je cherche à prémunir les jeunes praticiens contre un optimisme trop prononcé. Seulement après avoir fait connaître sincèrement mes revers, je m'efforcerai de les expliquer autant que la chose sera possible et d'en tirer des renseignements utiles pour l'avenir. Sous ce dernier rapport, j'espère que cette note ne sera pas sans quelque utilité.

Voici d'abord mes observations, dont quelques-unes ont été publiées déjà.

OBS. I. — *Fistule vésico-vaginale. Rétrécissement du col utérin. Trois jours après l'opération, retour des règles. Rétention du flux menstruel, puis hémorrhagie. Péritonite. Mort au bout de huit jours* (1).

Jeune femme de province. Hôpital St-Louis. L'accident datait du mois de février 1861, à la suite d'un premier accouchement rendu difficile par une diminution considérable du diamètre antéro-postérieur du bassin. Nombreuses cautérisations pratiquées sans succès. Retour des règles qui coulent difficilement et provoquent des douleurs. Fistule de 7 à 8 millimètres de diamètre, située au fond d'un infundibulum qui en rend l'inspection difficile. Bride vaginale très-courte et très-épaisse située sur un des côtés de la perforation et qui la sépare d'un autre infundibulum placé au sommet et sur le côté du vagin. La fistule est considérée d'abord comme vésico-utérine, mais en réalité elle occupait le bas-fond de la vessie. On ne put jamais parvenir à découvrir l'orifice utérin qui paraissait relégué au fond de la dépression latérale et d'une étroitesse excessive, si même il n'était pas tout à fait obstrué lors de l'opération.

(1) Nafilyan. *Fistules vésico-vaginales et procédé de M. Marion Sims*. Thèse inaugurale, Paris, 3 juillet 1862, p. 78.

Le procédé de Sims fut exécuté en novembre 1861, non sans peine à cause de la profondeur de la fistule, et de la position qu'elle occupait au fond d'un entonnoir. Cependant l'autopsie a montré plus tard que les sutures avaient été convenablement placées. Trois jours après, apparaissaient les phénomènes du molimen menstruel, mais l'écoulement sanguin ne survint pas. Symptômes de rétention, puis hémorrhagie, qui prend rapidement des proportions considérables et qu'on juge à propos d'arrêter par le seigle ergoté.

La péritonite née sous l'influence de la rétention poursuit ses progrès et fait périr la malade au bout de huit jours.

La dissection de la pièce montre que le museau de tanche avait été entièrement détruit à la suite de l'accouchement, qu'il était presque complètement oblitéré et relégué dans un point tout à fait anormal. C'est pourquoi il avait été impossible de l'apercevoir.

Obs. II. — *Large fistule vésico-vaginale entourée de tissu cicatriciel. Hémorrhagie pendant l'avivement, si considérable qu'elle force à laisser l'opération inachevée. Symptômes généraux graves débutant aussitôt. Péritonite; mort trois jours après l'opération* (1).

Une dame de province entra à l'hôpital de Lourcine en 1863 pour une fistule vésico-vaginale étendue et qui avait succédé l'année précédente à un accouchement très-laborieux.

Cette dame, que son infirmité désolait, jouissait en apparence d'une assez bonne santé, mais avait une peur horrible de l'opération. Elle avait eu surtout beaucoup de peine à se décider à entrer à Lourcine à cause de la spécialité de cet hôpital. Bref, son moral était des plus mauvais.

La perforation, transversale, située au bas-fond de la vessie, mesurait au moins 4 centimètres. Les commissures étaient fixées par des adhérences profondes aux parois du bassin. La circonférence était sillonnée en plusieurs points par des brides cicatricielles; tout faisait présager une séance opératoire longue et laborieuse,

Je commençai l'avivement par l'angle droit de la fistule, là où les indurations circonférentielles offraient le plus d'étendue et d'épaisseur. Le bistouri tranchant le plus souvent dans le tissu cicatriciel lui-même, ouvrit plusieurs petites artérioles dont l'écoulement gênait et ralentissait singulièrement la manœuvre. Un vaisseau surtout, plus volumineux que les autres, fournit un jet oblique qui en quelques instants remplit le fond du vagin. Je fis, en vain, tous mes efforts pour

(1) Je n'ai malheureusement sur ce cas que de courtes notes.

le saisir et le lier, et je dus recourir aux injections froides réitérées et à la compression avec des éponges portées sur un manche de bois. A plusieurs reprises j'arrêtai momentanément l'hémorrhagie, mais celle-ci reparaissait au bout de quelques minutes; de sorte que la malade, qui d'ailleurs était chloroformée, eut une *syncope complète*, qui m'alarma beaucoup, car elle ne cessa qu'après dix longues minutes.

L'opération avait duré déjà près de trois quarts d'heure, et à peine la moitié droite de la fistule était avivée ; 500 grammes au moins de sang s'étaient écoulés; l'opérée était d'une faiblesse et d'une pâleur extrêmes. Dans ces conditions, on ne pouvait songer à terminer, séance tenante, l'opération. Je résolus donc de m'arrêter; mais pour m'opposer au retour probable de l'hémorrhagie et ne voulant mettre en usage ni la cautérisation au fer rouge, ni le tamponnement vaginal, je me décidai à appliquer rapidement cinq points de suture, espérant obtenir l'hémostase par l'affrontement exact des parties avivées.

La moitié gauche de la fistule, non avivée, restait naturellement ouverte, bien que ses bords fussent rapprochés. Je nettoyai avec soin, à l'aide d'injections réitérées, les cavités vésicale et vaginale, et j'entraînai en dehors la plus grande partie possible des caillots. La malade fut reportée dans son lit; une vessie de glace fut appliquée sur l'hypogastre, et des cordiaux furent prescrits ainsi qu'une potion à l'ergotine,

Pendant la journée il y eut quelques vomissements, de la somnolence et des rêvasseries pendant lesquelles la malheureuse femme répétait sans cesse qu'elle se sentait mourir. Malgré les moyens hémostatiques un léger suintement sanguin persista pendant vingt-quatre heures.

Le lendemain, la fièvre s'alluma ; le ventre devint ballonné et le délire s'accentua davantage. Une péritonite évidente se développait, peu douloureuse toutefois en raison de l'état d'adynamie coexistant.

Le troisième jour la mort survint. La famille s'opposa à l'autopsie.

OBS. III. — *Fistule vésico-vaginale. Opération très-simple. Péritonite. Mort* (1).

T..., 32 ans, hôpital Lariboisière, juin 1868. Mariée à 25 ans. Trois couches : la première en 1861, très-laborieuse, terminée seulement

---

(1) Ferrand. *Essai sur les complications et le traitement des fistules génito-urinaires chez la femme.* Thèse de Paris, 1869, n° 106, p. 70.

après plusieurs jours de travail. Déchirure du périnée qui guérit avec les serres-fines. Suites de couches très-longues. Le retour à la santé se fait attendre six mois. Nouvelle grossesse, normale, accouchement régulier; la malade se lève au bout de huit jours. En 1865, troisième grossesse, accouchement à terme, travail pénible durant dix-huit heures; trois applications de forceps : l'enfant mourut pendant ce temps.

Les jours suivants, quelques accidents péritonéaux qui cèdent facilement; le quatrième jour l'urine s'écoule par le vagin; dès lors la malade est constamment mouillée. Elle entre quinze jours après dans le service de Jobert et on la soumet pendant deux mois à un traitement tonique. Le ventre est resté sensible, et à plusieurs reprises elle a quelques accidents du côté du péritoine.

La fistule qui, à cette époque, avait, paraît-il, 4 centimètres de diamètre, fut opérée sans chloroforme; il n'y eut ni fièvre, ni accident quelconque. Pendant six semaines, repos et sonde à demeure. Elle ne mouillait point son lit et Jobert la crut guérie; elle sortit de l'hôpital malgré l'avis du chirurgien.

Trois jours après, à la suite de rapports sexuels réitérés, l'urine reparut, en moindre quantité qu'avant l'opération, mais assez cependant pour forcer la malade à se garnir continuellement. La perte était moindre dans le décubitus horizontal que dans la station verticale. A l'époque des règles, l'état s'améliorait.

Aucune opération nouvelle ne fut faite et tout se borna à de grands soins de propreté. En 1868, T... entra dans mon service pour achever sa guérison.

La santé générale est très-bonne, les règles reviennent régulièrement sans accidents. Bassin bien conformé, périnée étroit, ce qui facilite beaucoup la mise en vue de la fistule; les parties génitales externes ne présentent ni rougeur ni excoriations. Urèthre normal, ainsi que l'utérus et son col; culs-de-sac vaginaux libres.

Au toucher, on constate sur la paroi antérieure du vagin, à 4 cent. du méat urinaire, une induration large comme une pièce d'un franc, présentant des irrégularités et une dépression centrale. Avec le spéculum on voit là une plaque cicatricielle sillonnée de plis rayonnés aboutissant au fond d'une espèce d'entonnoir au fond duquel siége la fistule, arrondie et de petites dimensions (2 mill. environ).

La malade est soumise pendant quelque temps à un traitement tonique par le fer et le quinquina; elle est opérée huit jours après la cessation des règles, le 27 juin 1868; un purgatif avait été administré la veille de l'opération et un lavement le matin même. L'anesthésie ne fut point employée.

La malade, couchée dans le décubitus latéral gauche, le spéculum univalve met parfaitement à découvert la fistule; l'avivement fut fait

profondément, à cause de l'épaisseur et de l'irrégularité de la zone cicatricielle, et de façon à obtenir une plaie bien nette, portant sur des tissus bien vivants. La réunion fut faite d'avant en arrière à l'aide de six points de suture.

La réunion faite, on tire de la vessie par le cathétérisme un demi-verre d'une urine limpide.

L'opération avait duré quarante minutes, mais tous ses temps avaient été exécutés très-régulièrement et sans difficultés sérieuses, tant la fistule était d'un accès facile. La malade l'avait supportée avec calme et patience. Reportée dans son lit sans secousses, elle fut placée dans le décubitus dorsal, les cuisses demi-fléchies ; la sonde fut placée dans la vessie, le ventre couvert d'une épaisse couche d'ouate. 5 centig. d'extrait d'opium.

Journée assez calme, mais dès le soir ventre ballonné et douloureux ; quelques nausées. Le lendemain, vomissements bilieux ; continuation de l'opium ; onctions avec l'onguent napolitain belladoné. Dans la journée, les symptômes s'aggravent et la mort survient le 27 au matin, 48 heures à peine après l'opération.

A l'autopsie, péritonite généralisée, beaucoup plus marquée dans le petit bassin, où il y avait du pus.

Légère uréthrite, muqueuse vésicale intacte, présentant au niveau de la suture une saillie en forme de crête. Aucun fil n'avait pénétré dans la cavité vésicale. La suture était en place, et n'avait cédé nulle part. La coaptation des lèvres était exacte, mais l'adhésion était nulle.

On a recherché avec soin si l'inflammation s'était propagée de la suture au péritoine par continuité de tissu ; mais les alentours de la fistule étaient sains et ne présentaient nulle part de signes de phlegmasie.

OBS. IV. — *Fistule vésico-vaginale profondément située et d'un accès difficile; trois opérations infructueuses, insuccès attribuables à des accidents graves du côté du bas-ventre; quatrième opération suivie de péritonite mortelle.*

Louise C..., 34 ans, entrée à l'hôpital Lariboisière au commencement de 1870. Mariée tard, elle n'a eu qu'un seul enfant l'année précédente. L'accouchement très-laborieux a été suivi de pelvi-péritonite dont la convalescence a duré fort longtemps. A son entrée dans mes salles, L... est encore très-souffrante, pâle, anémique, aux chairs flasques ; le ventre est resté volumineux et sensible au toucher dans les parties supérieures. La fistule large de 15 millim. est profondément située à une petite distance du col utérin, et reléguée au fond d'une sorte d'entonnoir. L'indocilité extrême de la malade, qui s'agite et pousse des cris à la moindre exploration, rend l'examen malaisé.

Je m'occupe tout d'abord de restaurer la santé générale et de combattre localement la vulvo-vaginite intense déterminée par le contact incessant de l'urine.

Le 10 avril, j'opère à la manière accoutumée et non sans peine j'applique huit points de suture. La chloroformisation avait été prolongée, le sommeil très-difficilement obtenu; aussi ne fus-je point surpris de voir la malade tourmentée pendant vingt-quatre heures par des vomissements opiniâtres; néanm .ins le deuxième et le troisième jour se passèrent sans accident notable. Le 13, L... se plaint d'une vive douleur dans le bas-ventre et en particulier dans la fosse iliaque gauche. Le ventre est ballonné, très-sensible au toucher, il y a de la fièvre avec nausées, soif, inappétence; on applique sur l'abdomen des cataplasmes et on augmente la dose de l'opium. Les phénomènes locaux qui, d'ailleurs, restent confinés dans la moitié sous-ombilicale du ventre, s'amendent peu à peu et la fièvre tombe le sixième jour. Mais, depuis la veille, l'insuccès de la suture est évident; l'urine passe dans le vagin. J'enlève les fils le neuvième jour. Plusieurs d'entre eux ont déjà coupé les lèvres de la plaie.

Sur les instances réitérées de la malade, je recommence le 15 juin. La fistule est moins large d'un tiers et plus facilement abordable. La première opération avait été si difficile que je craignais d'avoir commis, dans son exécution, quelque faute à laquelle l'insuccès serait imputable. Cette fois le manuel fut irréprochable, et, mes cinq points de suture mis en place, je me croyais sûr de la réussite. Malheureusement les accidents se renouvelèrent exactement à la même époque, sous les mêmes formes et avec une égale intensité; dès le quatrième jour, l'urine apparaissait dans le vagin, l'insuccès était absolu.

J'étais aussi découragé que la malade, qui demanda à quitter l'hôpital et à rentrer chez elle. Je l'engageai à aller à la campagne pour se rétablir complètement.

Elle revint me trouver l'année suivante, en juillet 1871; son état général était meilleur; la fistule n'avait plus que 6 à 7 millim.; la vulvo-vaginite seule était aussi forte qu'autrefois.

J'opère le 8 juillet, très-minutieusement et très-méthodiquement, je place 6 points de suture, et cette fois encore je compte sur la réussite. Je ne pus encore l'obtenir; comme d'ordinaire, les symptômes de la pelvi-péritonite survinrent, accompagnés de l'apparition inattendue des règles, laquelle, soit dit en passant, sembla favorable en cela que l'attaque fut plus bénigne et plus courte que la précédente et troubla beaucoup moins la santé générale. Un seul point de suture avait manqué; aussi la fistule était-elle réduite à un pertuis minime qui toutefois laissait passer l'urine dans la station verticale et dans la marche.

J'en tentai l'occlusion par la cautérisation à l'aide du galvano-cautère; mais n'ayant rien obtenu, je fis encore une tentative vers la fin de septembre. L'opération fut relativement très-simple. Trois points de suture suffirent. La tympanite, les douleurs, les vomissements, la fiévre apparurent dès le troisième jour; je les combattis comme de coutume, et n'en fus pas tout d'abord effrayé. Mais bientôt la péritonite se généralisa et emporta la malheureuse L... au huitième jour.

L'autopsie à laquelle d'ailleurs je ne pus assister dut être faite à la dérobée et resta par conséquent très-incomplète. On ne put examiner que le petit bassin qui était rempli de pus et dont, en outre, tous les organes étaient réunis par de nombreuses adhérences déjà anciennes, vestiges évidents des phlegmasies répétées dont l'utérus et ses annexes avaient été si souvent le siége. Les grands viscères ne furent pas examinés.

Obs. V. — *Fistule vésico-vaginale; opération, insuccès, péritonite aiguë le 18e jour, avec symptômes d'obstruction intestinale. Mort* (1).

X .., 38 ans, entre à la Pitié, salle Saint-Augustin, n° 27, en juillet 1874. Bonne santé habituelle; dans la jeunesse, arthrite du genou gauche terminée par ankylose. Il y a deux ans, accouchement laborieux; depuis cette époque, incontinence absolue; pas une goutte d'urine ne sort par l'urèthre.

Large perte de substance, située très-haut sur la paroi antérieure du vagin, ovalaire, à grand diamètre antéro-postérieur, mesurant 3 centimètres dans ce sens sur 2 de largeur; une bride transversale de 5 millimètres de hauteur divise la perforation en deux parties inégales, l'une, supérieure, plus étendue, l'autre inférieure, moins large. La circonférence de la fistule est souple, sans induration; on n'a encore tenté aucune opération. Je me propose d'opérer en deux séances, et je commence par la fistule supérieure.

Le 6 août, j'avive et je réunis celle-ci dans le sens longitudinal par sept points de suture. Le résultat parut d'abord satisfaisant. Tant que les fils restèrent en place, toute l'urine s'écoula par la sonde à demeure et ne passa même plus par la fistule inférieure. Aucun accident n'était survenu.

Le 13. Ablation des fils; la suture semblait avoir réussi partout; mais deux jours plus tard, sans cause connue, la malade était mouil-

(1) Cette observation a été présentée à la Société anatomique par M. Bouilly, interne du service. Voir *Bulletin*, 1874, p. 680. J'en donne seulement ici l'analyse substantielle.

lée comme avant l'opération. La réunion était complètement détruite. On supprima la sonde à demeure.

Le 18. Les règles, qui depuis l'établissement de la fistule étaient très-irrégulières et très-peu abondantes, revinrent en petite quantité et durèrent deux jours.

Le 21. On permit à la malade, qui jusqu'alors avait gardé constamment le lit, de se lever et de se promener dans la salle.

Le 24. Pour la première fois, par une belle journée, elle passa quelques heures dans le jardin. Elle était alors en parfaite santé, mangeant et dormant bien, et n'ayant que les ennuis de son infirmité. Le soir, elle prit son repas avec appétit et s'endormit tranquillement vers 9 heures.

A une heure du matin, frisson violent, douleur extrêmement vive à l'hypogastre, vomissements qui durent le reste de la nuit.

Le 25. Visite du matin; visage pâle, très-altéré, exprimant la souffrance; la douleur hypogastrique a son maximum au-dessus de la symphyse pubienne. Ventre modérément ballonné, sensible à la pression. L'exploration est pourtant possible, parce que la douleur est surtout spontanée et profonde. Les vomissements, d'abord alimentaires, sont devenus bilieux; langue blanche, humide, peu chargée, respiration fréquente, anxieuse, difficile à cause de la douleur abdominale. Point de traces de hernie aux régions inguino-crurales.

La vulve et le haut des cuisses, quoique baignés par l'urine, ne présentent ni lymphangite ni érysipèle. Ganglions inguinaux indolents. T. 39,1.

La malade n'était pas habituellementconstipée; elle allait à la selle tous les deux jours environ. On prescrit deux verres d'eau de Sedlitz. Cataplasmes laudanisés sur le ventre; glace à l'intérieur.

Le soir, même état. T. 38°8; point de selles; l'eau de Sedlitz a été vomie.

Le 26 au matin. L'état s'est aggravé; les vomissements continuent, exclusivement bilieux; ventre modérément ballonné dans toute son étendue; sonorité tympanique à l'épigastre, submatité au-dessus du pubis. Douleur modérée à la palpation, plus vive spontanément et toujours profonde, surtout dans les flancs et à l'hypogastre; depuis le début du mal, dans la nuit du 24 au 25, elle n'a absolument rien rendu par l'anus, ni selles, ni gaz. T. 38°8.

On prescrit des cataplasmes sur le ventre, la glace et deux grands lavements simples, qui sont rendus absolument purs, sans provoquer ni selles ni émission de gaz. Facies plus altéré, vomissements persistants et rapports fréquents; potion de Rivière, glace, etc. T. 39°2.

Le 27 au matin. Même état; la persistance du vomissement et l'absence de toute évacuation gazeuse font admettre une obstruction intestinale à laquelle on avait songé depuis le début des acci-

dents. Cependant le ventre n'est pas plus ballonné que la veille, et les douleurs ont le même caractère. T. 37°8.

On prescrit des pilules drastiques, qui sont rendues par les vomissements, sans selles ni gaz. Lavement purgatif, vingt sangsues sur le ventre. T. du soir 39° (1).

Le 28 au matin. Etat désespéré. Tendance au refroidissement; le lavement purgatif a été rendu sans matières; les vomissements bilieux continuent. Facies très-altéré, cholériforme; algidité des extrémités, qui devient complète vers une heure de l'après-midi, où la mort survient.

Autopsie. — Péritonite généralisée, évidemment partie des culs-de-sac vésico-utérin et recto-utérin. Quelques fausses membranes peu épaisses et peu adhérentes à ce niveau; toute l'excavation du bassin remplie d'un pus verdâtre, épais, phlegmoneux. L'utérus et ses annexes paraissent parfaitement sains. Rien dans l'examen le plus minutieux des intestins ne justifie l'hypothèse d'une obstruction, soit interne, soit externe; il n'y a ni invagination, ni étranglement, ni constriction, ni compression. Il s'agit donc simplement d'une péritonite purulente aiguë.

Je ne suivrai pas l'auteur dans la discussion, intéressante d'ailleurs, à laquelle il se livre pour montrer la difficulté du diagnostic entre la péritonite aiguë et l'étranglement interne; mais je partage son étonnement en ce qui concerne le développement imprévu de la péritonite. Je reviendrai plus tard sur ce point.

Je terminerai cette série de revers par la relation d'une autopsie dont les détails jettent beaucoup de lumière sur l'étiologie des accidents qui peuvent se montrer à la suite des opérations et en compromettre le succès.

OBS. VI. — *Fistule vésico-vaginale. — Mort sans opération par suite d'accidents cérébraux, probablement urémiques. Thrombose des veines pelviennes. Ostéite du sacrum, fistule ossifluente. — Dilatation d'un uretère. — Pyélo-néphrite* (1).

Le vagin étant ouvert en arrière, on voit, sur sa paroi antérieure et à son union avec le col utérin, une large ouverture presque ovalaire mesurant 2 cent. et demi dans le sens transversal, et par laquelle s'échappait, pendant la vie, la paroi antéro-supérieure de la vessie

---

(1) J'ai présenté cette pièce à la Société anatomique. Voir *Bulletin*, 1859, t. XXXIV, p. 162.

sous forme de champignon rougeâtre. Le col utérin est détruit en avant dans l'étendue d'un centimètre. La muqueuse utérine, néanmoins, est intacte, ce qui prouve qu'on a exagéré les effets produits sur elle par le contact prolongé de l'urine.

Sur le contour de la fistule, on voit très-distinctement la soudure intime des muqueuses vésicale et vaginale, cause véritable de la permanence de la fistule. La ligne de démarcation des deux muqueuses est très-appréciable.

Les ouvertures des uretères se trouvent sur le bord libre de la fistule, à 5 millim. d'un côté, à 1 millim. et demi de l'autre. La perte de substance de la paroi vésicale correspond donc précisément à l'intervalle compris entre les deux uretères. Cette position des uretères justifie bien le principe donné par les chirurgiens américains de faire porter l'avivement exclusivement sur la muqueuse du vagin sans intéresser jamais celle de la vessie. On n'est point exposé ainsi à blesser ou à comprendre les uretères dans la suture, ce qui n'aurait pas manqué d'avoir lieu ici si l'on eût employé les procédés anciens.

Outre la perforation qui vient d'être décrite, on découvre encore une sorte de fistule borgne, c'est-à-dire terminée en cul-de-sac, et qui siége à la partie antérieure et supérieure du vagin. Elle paraît être le vestige d'un ancien abcès. Puis une autre fistule située en arrière, à la limite du vagin et du col, et qui se continue avec un trajet très-long aboutissant au sacrum et devait être entretenu par une altération limitée de cet os.

L'uretère droit, examiné dans son trajet ascendant, est considérablement dilaté; il a doublé de volume, son extrémité inférieure, effilée près de la vessie, offre à son embouchure un rétrécissement très-marqué. Le rein correspondant est affecté de pyélo-néphrite. Le rétrécissement de l'uretère semble être le résultat de phlébites anciennes dont on retrouve des traces dans les plexus latéraux du vagin remplis de caillots résistants. L'uretère a peut-être été comprimé par ces caillots ou enflammé par voisinage et rétréci consécutivement à son embouchure. La vessie est très-réduite; la cavité n'excède pas 4 cent. d'avant en arrière, mais on la dilate facilement avec le doigt, ce qui explique comment elle peut recouvrer ses fonctions et sa capacité presque normale, après les opérations suivies de succès.

L'utérus était en antéversion complète, telle que son fond touchait la face postérieure du pubis; cette disposition était ancienne, car les plis qu'elle a déterminés dans le péritoine sont durs et ne s'effacent pas par le redressement de l'organe; elle explique aussi comment l'urine, malgré la destruction partielle du col, n'avait aucune tendance à pénétrer dans l'intérieur de la matrice.

A ces terminaisons funestes, je joindrai la relation d'accidents

sérieux qui heureusement n'ont pas entraîné la mort ; mais qui m'ont toutefois inquiété beaucoup.

OBS. VII. — *Fistule vésico-vaginale, erysipèle grave ; ablation tardive des fils, guérison de la fistule.*

Une femme de 35 ans environ, affectée d'une large fistule du bas-fond, fut opérée dans l'été de 1870, à une époque où aucun cas d'érysipèle n'existait dans nos salles. L'opération ne présenta point de difficultés particulières, mais fut longue, parce qu'il fallut appliquer douze points de suture.

Dès le lendemain, la malade accusa du malaise et une douleur dans l'aine gauche. Les ganglions inguinaux étaient gonflés et sensibles au toucher. Le surlendemain, on constata l'existence d'une lymphangite partie de la vulve et suivant le pli génito-crural. Un érysipèle s'étendit bientôt à la cuisse, à l'abdomen, aux lombes, et pendant dix jours mit sérieusement en danger les jours de l'opérée.

Pendant tout ce temps néanmoins, la sonde laissée à demeure fonctionna bien et soutira la totalité de l'urine. J'ajournai jusqu'au seizième jour l'ablation des sutures, et à ma grande surprise je constatai que la réunion était parfaite. La guérison s'était donc effectuée malgré la complication et bien que la fièvre ait été plusieurs jours de suite très-élevée.

J'attribue le développement de l'érysipèle à la présence de plusieurs excoriations vulvaires causées par l'écoulement de l'urine et qui, pendant l'opération, furent tiraillées, irritées et déchirées par le spéculum ; il s'était produit là une de ces lymphangites si communes quand on blesse même légèrement une ulcération ancienne. Depuis cette époque, quand j'opère ainsi sur des parties génitales excoriées, j'ai soin de projeter continuellement sur la vulve, à l'aide d'un pulvérisateur, un jet d'eau phéniquée.

OBS. VIII. — *Fistule utéro-vaginale. Cautérisation préparatoire; première suture; apparition prématurée des règles, insuccès ; seconde suture six semaines plus tard ; au neuvième jour, accidents thoraciques graves ; dix jours après, phlegmasia alla dolens, guérison* (1).

Clémence B..., 39 ans, d'une excellente constitution, accouche en

---

(1) Cette observation est longuement rapportée dans la thèse de M. Sarry (*Contribution au traitement de la fistule vésico-vaginale*, 13 août 1875, p. 26). Je n'en donne ici que la fin, et j'y joins quelques détails inédits que l'auteur n'a pu connaître au moment où il a soutenu sa thèse.

juin 1874 d'un quatrième enfant, et à la suite perd toute son urine par le vagin. Elle entre à la Pitié le 10 octobre et nous constatons une fistule établie entre la vessie et la lèvre antérieure du col presqu'entièrement détruite. Nous faisons une série de cautérisations au galvanocautère, qui modifient la disposition de la fistule de manière à rendre possible l'application d'une suture qui oblitère la fistule et en même temps fait aboucher dans la vessie l'orifice utérin (oblitération indirecte).

Cette suture est pratiquée le 11 juin 1875. Les règles qui d'ordinaire apparaissent à jour fixe ne devaient revenir que le 23. Cependant, le 15 au soir, survient du malaise avec élévation de la température jusqu'à près de 39°. Le sang se mêle à l'urine et sort par l'urèthre. Le 18, on soupçonne l'échec de la suture qui est confirmé le 21 à l'ablation des fils; cet échec s'explique assez bien du reste. Le sang menstruel n'avait pour s'écouler qu'une voie étroite et sinueuse; il devait à sa sortie du col utérin arriver dans un petit cloaque, de là rentrer dans la vessie par l'orifice très-étroit de la fistule. Sans doute il a séjourné dans le cloaque, l'a distendu, y a provoqué une inflammation qui a détruit la réunion. Ce résultat fâcheux a été favorisé par l'apparition prématurée des règles, car l'adhérence eût résisté probablement si le travail de la menstruation avait été retardé de huit jours.

Le 24 juillet, nouvelle suture pratiquée comme la précédente. L'avivement est assez difficile et fournit du sang en assez grande abondance. Tout va bien jusqu'au 2 août. Ce jour-là, à 7 heures du matin, sans aucune cause appréciable, la malade est prise tout à coup d'une douleur extrêmement vive dans la région hépatique et tombe en syncope. L'interne de garde appelé en toute hâte applique des sinapismes et excite les orifices de la face. Au bout d'une demi-heure la connaissance revient. A ce moment existent tous les signes de l'asphyxie : lèvres et téguments de la face froids et violacés; il en est de même des extrémités des membres; respiration anxieuse; l'inspiration surtout est difficile et douloureuse, pouls petit et fréquent; les battements du cœur sont faibles, mais conservent leur timbre et leur rhythme; pendant la syncope, deux ou trois selles involontaires presque liquides; au réveil, douleur vive au creux épigastrique, qui s'y est localisée après avoir débuté au niveau du foie et parcouru les parois latérales de la poitrine et l'épaule droite. L'auscultation ne révèle rien de particulier. Sensibilité légère de tout l'abdomen.

Je constate tous ces phénomènes à la visite, vers 9 heures du matin. Peu à peu, sous l'influence des révulsifs et des stimulants administrés à l'intérieur, l'état s'améliore.

Dans la soirée, la malade à peu près remise ne conserve de cette longue et effrayante crise qu'un peu de douleur épigastrique et un

sentiment d'oppression qui vont en s'amoindrissant le lendemain.

Le 4 août, ablation de fils qui bien que placés depuis 12 jours n'ont pas coupé les lèvres de la plaie. Le succès est assuré (1).

Le 5, les règles apparaissent et s'écoulent aisément par la vessie; elles durent jusqu'au 10 sans amener d'accident. Le 12 au matin, sans que la malade soit encore sortie de son lit survient une douleur intense au pli de l'aine gauche; à la partie inférieure du membre correspondant se remarque un léger œdème; le gonflement s'accentue les jours suivants; le 14, la cuisse, la jambe et le pied sont fortement tuméfiés; la peau tendue, luisante, pâle, conserve l'impression du doigt; les veines superficielles sont dilatées en plusieurs points et surtout au niveau de la hanche; sur le trajet de la saphène interne, on sent à la cuisse un cordon dur et très-douloureux au toucher.

Il y a donc évidemment phlegmatia alba dolens; la phlébite s'est propagée sans aucun doute des veines pelviennes à la veine ilio-fémorale.

Cette constatation confirme le dignostic d'une l'embolie pulmonaire posé à la suite des accidents du 2 août.

L'œdème reste stationnaire pendant quelques jours et commence à diminuer vers le 24 août; il a presque disparu dans les premiers jours de septembre.

Bientôt après, la malade complètement rétablie demande son exeat.

Il n'est pas nécessaire d'opérer la fistule vésico-vaginale pour voir survenir des accidents graves et jusqu'à la mort inclusivement : une simple exploration suffit. Une alerte très-vive m'a été donnée par une de mes malades, et mon éminent collègue M. le professeur Richet a perdu l'une des siennes à la suite d'un pur examen au spéculum. Cette observation a été publiée dans le journal l'*Ecole de médecine* (1875, p. 54), mais comme ce recueil est peu répandu, nous croyons devoir reproduire ici le fait de M. Richet (2).

OBS. IX. — *Péritonite survenue chez une femme portant une fistule vésico-vaginale.*

La malade qui vient de mourir dans notre service d'une péritonite

(1) La relation de M. Sarry s'arrête-là.

(1) Leçon de M. le professeur Richet, recueillie par M. G. Maunoury, interne du service.

suraiguë m'avait été adressée de province, il y a environ trois mois, pour être opérée d'une fistule vésico-vaginale. Lorsque je l'examinai alors, je trouvai une communication assez large entre la vessie et le vagin, située près du col de l'utérus. Mais il n'y avait pas deux mois que l'accouchement avait eu lieu; en outre, il restait encore au niveau de la fourchette une déchirure qui n'était pas encore complètement cicatrisée; pensant donc qu'il pouvait bien en être de même pour la fistule vésico-vaginale et, qu'en tout cas, le tissu inodulaire n'avait pas eu le temps, en se rétractant. de rétrécir l'ouverture anormale autant qu'on pouvait l'espérer, je fis mettre simplement une sonde à demeure dans la vessie. Au bout de six semaines, la fistule s'était très-notablement rétrécie, et nous nous disposions à faire l'opération quand survint un érysipèle de la vulve, vraisemblablement dû à l'irritation des parties par l'écoulement incessant d'urine ; cet érysipèle fut suivi d'un second, puis d'un troisième, si bien que nous dûmes ajourner l'opération.

L'inflammation des parties génitales externes étant enfin complètement disparue, nous fîmes de nouveau, jeudi dernier, l'examen de la malade, comptant l'opérer quelques jours après. Nous nous servîmes pour cet examen du spéculum de Bozeman et nous vîmes que la fistule était encore un peu rétrécie; en outre, nous pûmes constater une disposition particulière du col utérin que nous n'avions pas encore remarquée : il existait, en effet, sur la lèvre antérieure du col une ouverture transversale que nous avions d'abord prise pour son orifice externe normal; cette ouverture anormale conduisait dans un trajet qui allait se jeter de suite dans la cavité du col utérin, à une très-faible distance de l'orifice normal, lequel était parfaitement lisse et sans aucune trace de cicatrice; deux sondes cannelées, introduites chacune par un orifice, ne tardaient pas à se rencontrer; il était clair que, lors de l'accouchement, le fœtus, au lieu de sortir par la voie ordinaire, avait perforé la lèvre antérieure du col. C'était là une disposition assez curieuse, mais qui n'avait aucun intérêt pratique dans le cas actuel; aussi, après avoir bien examiné l'état de la fistule, nous fixâmes le jour de l'opération.

Le lendemain, à la visite, la malade allait comme d'habitude; mais, vers trois heures de l'après-midi, elle fut prise de douleurs de reins qui augmentèrent rapidement d'intensité et qui l'obligèrent à se coucher. Le soir, les douleurs abdominales sont très-vives, la température monte à quarante degrés et les vomissements apparaissent. Quand le samedi matin on m'annonça que la malade avait été prise d'accidents graves, me souvenant qu'elle avait éprouvé des douleurs rénales assez vives lorsqu'elle avait sa sonde à demeure, j'espérai qu'elle pourrait bien n'avoir qu'une néphrite; mais, en voyant la malade, je reconnus qu'il n'était plus possible de se faire illusion, et

le lundi soir elle mourait avec tous les symptômes d'une péritonite suraiguë.

A l'autopsie, nous trouvons le petit bassin rempli d'un pus épais au milieu duquel nagent des flocons d'une matière jaune, épaisse, se laissant facilement écraser; les anses intestinales sont ballonnées et unies entre elles par des adhérences très-molles. Les ovaires sont congestionnés; les trompes sont rouges et tuméfiées, elles offrent sur leur trajet deux ou trois petits renflements ressemblant à des abcès; il suffit de presser sur eux pour faire refluer par l'orifice péritonéal de la trompe deux ou trois gouttelettes de pus; l'incision longitudinale montre, en effet, que tout le conduit est rempli du même liquide. Nous ouvrons alors l'utérus : ses parois sont parfaitement saines, saus trace d'inflammation; mais la muqueuse utérine est recouverte d'un liquide rougeâtre muco-purulent, très-analogue à celui que nous avons trouvé dans la trompe. La communication entre la cavité utérine et le conduit de la trompe est d'ailleurs parfaitement libre, comme on peut s'en assurer en y introduisant un stylet très-fin.

Nous pouvons constater directement la disposition que nous avions reconnue pendant la vie et dont nous avons parlé plus haut : le col utérin avait persisté, mais il s'était fait à la base de sa lèvre antérieure un deuxième col utérin par lequel le fœtus s'était échappé. En avant du col se trouve la fistule vésico-vaginale qui n'offre rien de particulier. La vessie est parfaitement saine ainsi que les uretères et les reins. Il en est de même des autres viscères, foie, rate, poumons.

En résumé, nous trouvons du pus dans le péritoine, dans la trompe, dans la cavité utérine; mais, au delà, nous ne trouvons plus rien; le col utérin est intact ainsi que le vagin. Cette femme est donc bien évidemment morte d'une péritonite; mais, à quoi est due cette péritonite et tout d'abord est-elle spontanée ou provoquée?

Les péritonites spontanées sont fort rares. Voici un individu qui a son péritoine parfaitement intact, à la suite d'un refroidissement il est pris de phénomènes graves, il succombe et à l'autopsie on trouve sa cavité péritonéale remplis de pus. Telle est la péritonite spontanée, c'est-à-dire une péritonite sans point de départ local; c'est là un fait très-rare, mais possible, et M. Moissenet me citait précisément hier un fait de ce genre qu'il vient d'observer en ville.

Avons-nous affaire à une péritonite spontanée semblable chez notre malade? Evidemment non. C'est trente-six heures après un examen au spéculum que sont survenus les accidents; la marche de ces accidents a montré que la péritonite avait débuté par le bas-ventre; enfin, l'autopsie vient fournir une troisième preuve en faveur de ce que nous disons, car c'est dans le petit bassin que nous avons trouvé

le pus accumulé, et les lésions étaient bien plus prononcées sur la trompe gauche tuméfiée et recouverte de fausses membranes que dans les autres points du péritoine.

Il y a donc ici un point de départ local, et voici comment, suivant moi, les choses ont marché. Cette femme portait une fistule vésico-vaginale ; l'urine s'écoulait par le vagin et entretenait sur la muqueuse et sur la peau une irritation constante qui avait déjà donné lieu à trois poussées successives d'érysipèle. N'est-il pas permis de penser que le col utérin se trouvant constamment au contact de l'urine se soit enflammé, qu'il se soit produit un véritable erysipèle interne, et que l'inflammation de la muqueuse du col se soit propagée à la cavité même de l'utérus, pour remonter ensuite par la trompe jusqu'au péritoine? L'autopsie d'ailleurs ne vient-elle pas nous démontrer que c'est bien ainsi que les choses se sont passées en nous faisant voir la muqueuse des organes génitaux, depuis le col utérin, jusqu'à l'embouchnre des trompes dans le péritoine, tuméfiée et recouverte d'un liquide purulent? Ces péritonites, dites à tort spontanées, qui surviennent chez les femmes ayant de la métrite, se produisent donc absolument de la même façon que l'orchite blennorhagique chez l'homme ; dans ce dernier cas, en effet, l'inflammation gagne les conduits éjaculateurs, les canaux déférents, 'épididyme, et arrive enfin dans le testicule, comme tout à l'heure elle suivait la muqueuse de l'utérus et de la trompe ; dans ces deux cas, l'inflammation ayant un point de départ local se propage sur une muqueuse continue ; mais tandis que chez l'homme cette muqueuse se termine au niveau de la glande séminale, chez la femme elle se continue directement avec le péritoine.

Quelle a été ici l'influence de l'introduction du spéculum? Les accidents ayant débuté trente-six heures après cet examen, je suis bien obligé de croire qu'il n'a pas été sans influence sur la production de la péritonite ; il est bien probable que si nous n'avions pas été obligés d'écarter les parois vaginales et de mettre une sonde dans la vessie afin de bien voir les rapports de la fistule, nous n'aurions pas eu d'accidents. Une péritonite, en effet, reconnait parfois une cause d'apparence encore plus bénigne, car on a signalé des péritonites survenues à la suite du toucher. Bien plus, on a des exemples de péritonites mortelles consécutives à des injections vaginales ; on a prétendu que dans ce cas le liquide injecté passait dans la trompe et tombait dans le péritoine, mais c'est là une erreur ; jamais je n'ai pu faire pénétrer de liquide dans le péritoine en le poussant dans l'utérus, et M. Guyon n'a pas été plus heureux que moi. C'est donc en provoquant une métrite qui se propage au péritoine par les trompes, et non en pénétrant directement dans le péritoine, que les injections agissent dans ce cas.

…ela? Que si, au lieu de me borner à faire
…is fait l'opération de suite, on n'eut pas
…de cette opération les accidents qui
…e erreur. Voilà donc une femme
…vec le spéculum, s'est dé-
…-t-il là une relation de
…uis bien plus porté à y
…e cela ne soit pas rigou-
…mps, dans cette même salle,
…de la jambe mourait rapidement,
…e péritonite purulente sans que rien
…elle s'était produite. Cela vous montre
…spect pour juger de la valeur d'une opé-
…ratique au milieu d'un foyer d'infection, et
…une constitution médicale aussi déplorable que
…git en ce moment et c'est la seule conclusion que je
…e moment, tirer de ce fait important à plus d'un autre
…de.

En résumé, 36 heures après une exploration vaginale, une péritonite survient, qui enlève la malade dans le courant du cinquième jour. A l'autopsie, on trouve une péritonite purulente du petit bassin, les ovaires conjestionnés, et dans les trompes plusieurs petites collections purulentes. M. Richet pense que l'examen au spéculum a déterminé ici une sorte d'érysipèle interne. Il n'est pas sans intérêt de noter que la malade, dans les mois précédents, avait été trois fois atteinte d'érysipèle spontané parti de la vulve irritée par l'écoulement incessant de l'urine, et qu'enfin, au moment ou arriva la terminaison mortelle, l'état sanitaire de la salle était détestable. Le milieu et la constitution du sujet ont donc contribué simultanément à la catastrophe. Voici maintenant mon observation.

Obs. X. — *Exploration d'une fistule vésico-vaginale récemment opérée Accidents soudains. Fièvre herpétique.*

B…, jeune femme de Calais, me fut adressée par M. le Dr Devos pour une fistule vésico-vaginale de petite dimension consécutive à un accouchement laborieux remontant à quelques mois.

L'opération fut faite le 9 juillet 1876 à l'hôpital de la Pitié ; elle ne présenta point de difficultés. Sept points de suture furent appliqués. Les suites furent tout à fait bénignes, et au 9e jour, lors de l'ablation

des fils, nous crûmes la partie gagnée, parce que le vagin était sec et que la réunion semblait parfaite. Pendant plusieurs jours, le résultat se maintient. La malade urinait volontairement toutes les 3 heures sans être aucunement mouillée.

Mais lorsque B... se leva et commença à marcher, un léger suintement reparut, dès que les urines étaient gardées plus d'une heure. En outre, à la suite d'un purgatif, des matières fécales apparurent dans le vagin, révélant l'existence d'une communication recto-vaginale qui n'avait jusqu'alors été soupçonnée ni par la patiente, ni par son médecin ordinaire, ni par moi-même. A la fin de juillet, nous procédons à un examen minutieux pour nous assurer de l'état des parties.

Nous constatons d'abord l'insuccès du dernier point de suture placé à l'extrémité droite de la fistule. Il existe là un pertuis très-fin qui cependant laisse échapper une assez notable proportion de l'urine. Nous cherchons ensuite sur la paroi vaginale postérieure la communication avec le rectum, mais nous ne pouvons la découvrir. Nous trouvons seulement un trajet étroit, très-oblique, long de 3 cent. 1/2, admettant seulement un stylet de trousse, lequel n'arrive pas jusque dans la cavité de l'intestin.

L'exploration n'avait pas été douloureuse, mais elle avait duré au moins 20 minutes. La malade regagna son lit; à peine *une demi-heure* s'était-elle écoulée que survint un frisson violent et prolongé (30 minutes au moins) avec malaise extrême, nausées, douleurs de ventre.

M. Bouilly, alors mon interne, constate ces symptômes à la visite du soir; il trouve B... souffrant moins, mais abattue; la température est à 39° 3; la pression au niveau de l'ovaire gauche est très-pénible. Le lendemain matin, l'état est le même; la nuit a été mauvaise; il y a eu un vomissement et les nausées persistent. La douleur ovarique continue avec irradiation dans les lombes et sentiment de forte courbature, le ventre n'est point ballonné; ses régions supérieures sont indolentes; soif, inappétence, inquiétude. Température axillaire, 39° 1. Comme depuis longtemps les règles manquent, nous pensons qu'elles vont reparaître, provoquées sans doute par l'exploration. En conséquence nous prescrivons un lavement purgatif pour obtenir des selles qui faisaient défaut depuis 3 jours, puis un lavement fortement laudanisé, enfin des boissons chaudes et légèrement stimulantes; de larges cataplasmes laudanisés sur l'abdomen.

Le soir, l'état est sensiblement le même; au moins il ne s'est pas aggravé. Température, 39° 2.

Le lendemain. Température, 38° 3. Mieux général, ventre moins sensible; plus d'envie de vomir. Les règles n'ont pas reparu, mais on voit au niveau de la commissure droite des lèvres, plus près de

la lèvre inférieure que de la supérieure, un petit groupe de vésicules d'herpès. La malade nous apprit alors que pendant notre examen au spéculum elle avait éprouvé une violente sensation de froid et qu'elle était retournée toute frissonnante dans son lit.

A partir de ce moment, la santé se rétablit rapidement, et les vésicules subirent en 4 jours leur évolution jusqu'à dessication complète.

Il nous suffira de dire pour terminer l'observation qu'une seule cautérisation au bouton galvanique des bords du point fistuleux en amena l'oblitération, et la malade put retourner dans son pays complètement guérie.

Enfin, je joins à la précédente série un cas dans lequel une exploration associée à une petite opération préliminaire presque insignifiante, pratiquée chez une femme enceinte, provoque le développement de lésions fort sérieuses à la vulve et au vagin. Quelque temps après, l'opération de la suture, extrêmement simple d'ailleurs, amena l'avortement. Cette observation a été communiquée déjà à la *Société de chirurgie*. (Séance du 17 mai 1876, p. 391.)

OBS. XI. — *Fistule vésico-vaginale avec rétrécissement annulaire du vagin. — Dilatation préalable du rétrécissement ; vulvo-vaginite intense, — Suture de la fistule cinq semaines plus tard. Avortement sans accidents. Guérison de la fistule.*

Léonie R..., belle et vigoureuse campagnarde âgée de 29 ans, me fut envoyée de la province pour être opérée d'une fistule vésico-vaginale datant de 14 mois et consécutive à un premier accouchement qui avait été fort laborieux.

Elle entre à la Pitié le 29 novembre 1875, et nous constatons les particularités suivantes :

La vulve et la partie inférieure du vagin n'offrent rien d'anormal ; mais en pratiquant le toucher, on est arrêté à 5 cent. environ par un rétrécissement vaginal qui permet à peine l'introduction de l'extrémité de l'index. En ce point existe une sorte de diaphragme perforé, à bords tranchants, et constitué par un anneau fibreux mince, mais fort résistant.

Le col utérin, la partie supérieure du vagin et l'orifice de la fistule sont entièrement soustraits à la vue. Je soupçonne cependant que la perforation vésico-vaginale est de petite dimension, parce que la malade, dans le décubitus dorsal et dans la position assise, peut retenir quelque temps son urine, laquelle s'écoule entièrement dans la station verticale.

Après avoir introduit une sonde métallique dans l'urèthre et une sonde cannelée recourbée dans le rétrécissement vaginal, je parviens à faire toucher les deux instruments, et je constate que la fistule, peu étendue se trouve sur la ligne médiane, immédiatement au-dessus de l'anneau cicatriciel. Pour rendre la perforation accessible, il fallait naturellement dilater le rétrécissement vaginal ; c'est à quoi je procédai dans les premiers jours de décembre.

Le chloroforme étant administré, j'introduisis dans l'obstacle d'abord une pince à polypes dont j'écartai les branches et qui agrandit l'ouverture ; je la remplaçai par mes doigts et enfin par un petit spéculum bivalve qui, ouvert avec lenteur, mais avec une certaine force, rompit l'anneau fibreux, sans autre dégât qu'une déchirure assez large mais très-superficielle de la muqueuse vaginale au niveau de la cloison rectale. Le vagin ayant aussitôt repris son ampleur, je distinguai facilement la fistule, située, comme je l'ai dit, au-dessus de l'anneau inodulaire, large de 6 millimètres environ, et dont la cure, par conséquent, ne paraissait devoir offrir aucune difficulté sérieuse.

Le diagnostic étant ainsi posé, et la fistule rendue accessible, j'ajournai néanmoins l'opération de cette dernière pour ne point la faire coïncider avec l'éruption des règles qui, au dire de la malade, devait avoir lieu du 15 au 16.

Pendant 3 ou 4 jours, la déchirure vaginale ne s'accompagna d'aucun accident; mais au bout de ce temps la patiente accusa un vif sentiment de cuisson à la vulve et l'apparition d'un écoulement muco-purulent. La vulve, les grandes lèvres et la région périnéale étaient rouges, tuméfiées et très-sensibles au toucher. Ces phénomènes inflammatoires furent combattus par les bains, les injections vaginales et les lotions émollientes ; mais ils prirent une extrême intensité et se compliquèrent de la formation, au bas des grandes lèvres, à la fourchette et au périnée, de larges ulcérations présentant le plus mauvais aspect et rappelant ce qui a été décrit sous le nom de diphtérite gangréneuse de la vulve. Le gonflement remontait jusqu'aux régions inguinales, s'accompagnant même d'une double adénite. En écartant les petites lèvres, on faisait sortir du vagin un pus fétide mélangé d'urine, et de cette sorte de gravelle vaginale dont sont affectées parfois les femmes atteintes de fistules urinaires. Cet état local s'accompagnait de fièvre, de malaise, de soif, d'inappétence, etc.

Bientôt l'écoulement purulent se mélangea de sang, ce qui nous fit penser qu'il s'agissait d'un retour prématuré des règles. Je me perdis en conjectures sur les causes de cette complication inflammatoire ; je n'y reconnaissais point les caractères ordinaires de la vulvite traumatique, et j'aurais certainement diagnostiqué la pourriture d'hôpital si cette affection avait régné dans mes salles.

Je prescrivis les injections vaginales très-fréquentes et les pulvérisations vulvaires avec une solution phéniquée au centième; un purgatif fut également administré; sous l'influence de ces moyens, les accidents se calmèrent peu à peu, de sorte que tout était terminé le 10 janvier, sans laisser d'autres traces que des cicatrices superficielles au niveau des ulcérations.

La malade, pressée de rentrer chez elle, me supplia de l'opérer. J'examinai de nouveau le vagin; la déchirure de la muqueuse était complètement cicatrisée, l'anneau cicatriciel s'était en partie reproduit; mais je ne crus pas devoir m'en préoccuper, et le 15 janvier je procédai à l'opération.

L'introduction du spéculum univalve reproduisit une large éraillure de la muqueuse, en dehors et à gauche de la fistule; celle-ci fut avivée et réunie par cinq points de suture, suivant les règles habituelles.

Les trois premiers jours tout alla bien; les injections furent faites régulièrement, l'urine s'écoulait aisément par la sonde; il n'y eut ni malaise quelconque, ni fièvre.

Le 19, sans la moindre douleur, un léger écoulement sanguin apparaît à la vulve; il continue et augmente même les deux jours qui suivent. Je crois à un simple retour prématuré des règles; mais dans la nuit du 22, vers 3 heures, la malade accuse, dans le bas-ventre, des douleurs intenses qu'elle compare à celles de l'accouchement; l'hémorrhagie augmente, et vers le matin sort de la vulve un gros caillot au milieu duquel on reconnaît un œuf entier en parfait état de conservation et qui renferme un fœtus de deux mois.

Malgré cette complication, tout parait bien se passer du côté de la fistule, car l'urine sort exclusivement par la sonde. Néanmoins, pour ne point exposer la malade à un refroidissement et ne point troubler les suites de couches, je n'enlève les fils que le 29 janvier, 14 jours après leur application.

Je constate avec satisfaction l'occlusion parfaite de la fistule.

Aucun mouvement fébrile, du reste, n'avait suivi l'avortement.

Exeat le 1er février (1).

Cette observation est doublement intéressante, car elle plaide à la fois pour et contre l'innocuité des opérations pendant la

---

(1) Le développement si imprévu et si inexpliqué des premiers accidents inflammatoires m'en faisait craindre le retour lors de la seconde opération. Je pensais qu'ils pourraient avoir encore pour point de départ la nouvelle déchirure de la muqueuse vaginale, inévitablement souillée par le muco-pus qu'on trouve toujours dans le vagin après l'opération de ce genre. Je songeai donc à faire dans cette cavité des injections antiseptiques fréquentes. Mais, d'autre part, craignant l'influence fâcheuse exercée sur la réunion par l'intro-

grossesse, pour et contre l'influence exercée par cette même grossesse sur la marche des lésions traumatiques.

En effet, une première blessure du vagin (déchirure large de la muqueuse), suivie d'inflammation violente, d'accidents généraux assez graves, même de pseudo-règles pendant trois jours, n'amène cependant pas la mort du germe à peine naissant. Une seconde opération, à la vérité beaucoup plus longue, car elle dura plus d'une heure, pendant laquelle l'appareil génital fut continuellement violenté, amène au contraire l'expulsion de l'embryon, bien qu'elle n'ait provoqué ni fièvre ni douleur. En revanche, la grossesse n'empêche en aucune façon le succès de la suture.

En toute conscience, je n'ai guère de reproche à m'adresser, car rien ne pouvait me faire soupçonner l'imprégnation. Plus tard, à la vérité, la malade, pressée de questions, m'a avoué que dans les derniers jours qui avaient précédé son entrée dans mon service (29 novembre), elle avait eu plusieurs rapports conjugaux; si l'idée d'une grossesse m'était venue, je l'eusse abandonnée lors de la seconde opération, en présence des accidents, de l'hémorrhagie en particulier, qui avaient suivi la première sans déterminer l'expulsion du germe.

J'aurais pu cependant soupçonner quelque chose d'insolite, en voyant se développer cette vulvo-vaginite aux allures si singulières; j'aurais dû me rappeler que la grossesse donnait une physionomie suspecte aux lésions traumatiques intercurrentes. C'est un fait dont je tiendrai compte à l'avenir.

---

duction réitérée de la seringue ou même de canules mousses, j'imaginai le petit expédient suivant : Une grosse sonde de caoutchouc fut traversée, à 3 centimètres environ de son extrémité libre, de part en part, par un des chefs de la suture métallique médiane, après quoi les deux fils métalliques furent tordus sur la sonde. Celle-ci, par le fait, fut fixée de telle sorte, que son ouverture, placée près du col utérin, conduisait jusqu'au fond du vagin le liquide antiseptique (solution phéniquée au 100e), qui s'écoulait ensuite librement par la vulve. Les injections furent poussées 5 à 6 fois dans les vingt-quatre heures; elles causaient toujours à la malade une sensation de soulagement, et l'écoulement vaginal ne présenta jamais la moindre odeur. La sonde fut facilement enlevée en même temps que la suture qui la fixait.

Je suis disposé, à l'avenir, à employer ce petit procédé pour faire, sans aucun danger, le lavage répété de la cavité vaginale.

REMARQUES. — Après avoir fait connaître avec sincérité ces revers et ces accidents, il n'est point interdit d'en rechercher les causes et d'examiner jusqu'à quel point la responsabilité en retombe sur la médecine opératoire et sur l'opérateur. Or, j'espère démontrer que dans un certain nombre de cas, les accidents sont imputables à des états pathologiques préexistants à l'opération, et que celle-ci n'a fait qu'aggraver.

La somme des circonstances atténuantes serait peut être plus considérable encore si j'avais pu faire toutes les autopsies ou si celles qui ont été pratiquées avaient été plus complètes. Je regrette surtout que l'état des grands viscères abdominaux n'ait pas été toujours minutieusement examiné, car des faits pris dans la pratique des autres me permettent d'établir que les lésions rénales en particulier, exercent sur l'anaplastie vésico-vaginale, comme du reste sur toutes les opérations chirurgicales, une influence néfaste.

Quoi qu'il en soit, reprenons nos faits un à un. Dans l'observation première, le point de départ des accidents est très-manifeste. Le col utérin était sinon oblitéré, au moins très-rétréci par la cicatrice, car on avait observé déjà des phénomènes de dysménorrhée mécanique. L'opération provoque dans les jours qui suivent un molimen menstruel énergique. Le sang tout d'abord n'apparaît pas, et les symptômes de la rétention cataméniale se montrent avec intensité. L'obstacle cède sans doute, et une perte considérable survient. La péritonite se déclare et enlève la malade. En établissant la filiation des accidents, on en peut conclure que l'issue funeste a eu pour origine l'atrésie utérine.

J'avais soupçonné cette complication et peut-être aurais-je dû la combattre ; mais toutes mes recherches pour découvrir l'orifice utérin étant restées vaines, je passai outre. J'ai déjà rencontré le phimosis utérin sans en tenir compte. Dans un autre cas, j'ai eu soin avant d'opérer d'attendre l'arrivée des règles pour reconnaître avec précision la situation et les dimensions de l'orifice. Je recommande cette précaution, mais je reconnais qu'elle ne sera pas toujours réalisable, certaines femmes atteintes de fistules vésico-vaginales n'ayant pas leurs règles,

ou ne les voyant apparaître qu'à des époques indéterminées ou très-distantes (1).

Dans l'obs. II, l'hémorrhagie a été sans contredit la cause occasionnelle de la mort. Mais cette hémorrhagie elle-même s'est produite en raison de la vascularité insolite des bords de la fistule, et de la disposition des vaisseaux dans l'épaisseur même du tissu cicatriciel périphérique.

L'anémie aiguë déterminée par une perte de sang qui pourtant n'était pas excessive (combien d'opérations font perdre 500 grammes de sang sans être pour cela suivies de mort)! l'anémie aiguë, dis-je, a ouvert la porte à des accidents adynamiques qui ont rapidement enlevé l'opérée. A propos de ces derniers, je ne puis m'empêcher de croire qu'ils ont été singulièrement favorisés par l'état moral déplorable dans lequel se trouvait la patiente. On verra peut être dans mon assertion une tendance exagérée à disculper la médecine opératoiee, mais je ne pense pas qu'un clinicien mette en doute l'influence désastreuse qu'exercent sur le résultat des opérations le changement de milieu (passage de la province à Paris) et la terreur à laquelle sont en proie certaines opérées.

Quant à l'hémorrhagie en elle-même, elle a déjà été observée plus d'une fois pendant et après l'opération ; faible ou forte, elle est toujours fâcheuse: dans le premier cas, elle gêne et allonge démesurément l'opération ; dans le second, elle force parfois à la laisser inachevée.

Les hémorrhagies consécutives sont difficiles à arrêter, et les moyens hémostatiques compromettent presque toujours la réussite de la suture.

Dans l'obs. III, IV et V, la péritonite seule a causé la mort ; l'origine de cette complication est restée fort obscure dans deux cas au moins. J'ai été moi même fort surpris de son apparition chez la malade de l'obs. III, et, à propos de cette dernière, je demande à ajouter quelques détails qui ne m'ont pas frappé en 1868, mais qui me reviennent aujourd'hui à l'esprit.

---

(1) Voir sur ce point : *Monteros*. Thèse de Paris, 1864.

La malade était très-grasse, presque bouffie, très-pâle, très-anémique ; je regrette de n'avoir exploré ni les reins ni le foie, et de n'avoir pas cherché à l'autopsie l'état de ces viscères. Je n'ai pensé que l'année suivante à leur altération possible à l'occasion d'un fait malheureux que j'ai observé à l'hôpital Lariboisière.

Il s'agissait d'une périnéorrhaphie que je pratiquai à une femme jeune, mais d'un embonpoint considérable. L'opération avait été longue, comme de juste, mais n'avait présenté rien d'insolite. Dès le lendemain, la fièvre s'alluma, et une inflammation vive envahit la vulve et le périnée. Le jour suivant, toute la région était le siége d'un érysipèle phlegmoneux s'étendant jusqu'aux cuisses, aux fesses et aux plis inguinaux. Des plaques gangréneuses se montrèrent dès le quatrième jour, et le soir même la malade succombait. A l'autopsie, nous découvrîmes une surcharge graisseuse énorme dans l'abdomen. Le foie et les reins étaient fortement stéatosés.

Dans l'obs IV, chaque tentative détermina ce que je croyais à cette époque une pelvi-péritonite, et que je sais aujourd'hui n'être qu'une congestion ovarique intense ou une péri-ovarite ; les deux premières attaques ne s'accompagnèrent pas d'écoulement menstruel, mais chez cette malade les règles n'avaient jamais reparu depuis l'accouchement. La troisième attaque au contraire, tout à fait semblable aux précédentes, fut suivie de la réapparition des menstrues, peut-être parce que la santé générale s'était améliorée. Quoi qu'il en soit de la nature des accidents, ils provoquèrent toujours de la tympanite et une fièvre vive capable sans aucun doute de faire échouer la réunion immédiate, malgré le soin extrême que j'apportai à l'exécution du manuel opératoire. J'ai vu depuis la même complication du côté des ovaires compromettre gravement au dixième jour le succès d'une suture du périnée.

Malgré la précaution prise de mettre de longs intervalles entre mes opérations, chacune de celles-ci provoquait le retour de la péri-ovarite. Des adhérences nombreuses et anciennes entre les organes du petit bassin attestaient suffisamment ces pelvi-péritonites répétées. Une quatrième tentative alla plus

loin que les autres. Toute la séreuse abdominale se prit et la malade succomba. J'aurais dû sans doute m'abstenir ou employer un autre moyen, et c'est à ce fait que je dois d'avoir été plus prudent dans un cas que je relaterai plus loin.

Les causes de la péritonite dans l'observation V ont beaucoup préoccupé M. Bouilly ; il est en effet difficile d'expliquer comment cette complication est survenue si longtemps après l'opération et lorsque le rétablissement semblait complet. Il ne faut pas oublier toutefois que les plaies résultant de l'échec des sutures n'étaient pas encore cicatrisées quand la malade commit l'imprudence de se lever et de passer plusieurs heures dans le jardin.

Au milieu de la nuit suivante, les accidents éclatent avec cette rapidité et cette intensité que l'on ne constate guère que dans la lymphangite ou l'érysipèle. Quatre jours plus tard, la mort survenait. A l'autopsie, on trouvait une péritonite généralisée évidemment partie des culs-de-sac inférieurs de la séreuse. Je suis tout disposé à croire que la plaie vaginale a été le point de départ d'une de ces lymphangites utérines dont plusieurs auteurs, et en particulier M. Lucas-Championnière, se sont tant occupés dans ces dernières années.

Cette hypothèse nous paraît admissible, car on ne voit pas pourquoi une plaie profonde ne provoquerait pas les mêmes accidents que les excoriations vulvaires qui ont éte l'origine d'un érysipèle une fois dans mon observation VII et trois fois chez la malade de M. Richet.

Les détails nécroscopiques de l'obs. VI jettent une vive lumière sur les accidents possibles à la suite de l'opération. On y voit en effet de quelles lésions variées le petit bassin devient le siége primitivement ou consécutivement, et combien ces lésions sont indélébiles. Dans ce seul cas, on constate à la fois les traces d'une pelvi-péritonite ancienne, les vestiges de la thrombose des veines ovariques, et enfin les altérations qu'amène dans les reins le rétrécissement des uretères, dont la partie inférieure est plus ou moins intéressée dans les désordres dus au sphacèle de la cloison vésico-vaginale. La genèse de ces lésions est facile à expliquer quand on songe, d'une part, que dans la plupart des

cas de fistule vésico-vaginale l'accouchement a été laborieux, prolongé et compliqué d'inflammation pelvienne, et que d'autre part, le rétrécissement des uretères détermine fatalement à la longue des altérations rénales.

Pour ce qui concerne ces lésions rénales, une fois au moins à ma connaissance, elles ont fait périr une opérée. Le fait est assez rare pour que nous le rapportions, bien qu'il ait été déjà publié.

Une femme âgée de 36 ans, mariée depuis longtemps, était accouchée pour la première fois à 34 ans. Le travail très- prolongé avait exigé la craniotomie. Une large ouverture était restée au bas-fond de la vessie avec incontinence complète de l'urine. On ne tenta la cure que deux ans plus tard. Le 12 août, M. Pollock pratiqua une première opération avec les fils métalliques et la plaque de Bozeman. Une partie de la fistule fut comblée. La 2e opération eut lieu le 13 janvier suivant par le même procédé. Les suites n'en furent pas satisfaisantes. La malade resta faible. L'urine devint alcaline et fétide; il y eut de la fièvre et des frissons. La mort survint dans le coma 20 jours après l'opération. A l'autopsie, on trouva l'un des reins très-malade; il était atrophié. Le bassinet était distendu et contenait plusieurs calculs. Une petite pierre était descendue dans la vessie.

La région de la suture était en très-bon état, de sorte que sans la complication rénale l'opération eût été sans doute couronnée de succès (1).

Dans un autre cas tiré de la pratique de Jobert, la mort est attribuée à la diphthérie vaginale ; mais, d'après les symptômes observés pendant la vie, il est évident qu'elle a été causée par des accidents urémiques. A l'autopsie, on trouva un commencement de cirrhose et l'oblitération d'un uretère. On songeait si peu à cette époque à l'influence des lésions viscérales sur l'issue des opérations que l'état du foie et des reins n'est noté qu'en passant sans que le rédacteur de l'observation pense à l'invoquer pour expliquer la terminaison fatale (2).

---

(1) Pollock. *Med. Times and Gaz.*, 26 mars 1859, p. 215.

(2) Blin. *De la diphthérite simple et gangréneuse des organes genito-urinaires de la femme, observée comme complication de l'autoplastie vésico-vaginale.* Thèse de Paris, 1855, nº 53, obs. X, p. 32.

Il n'est pas douteux pour moi que si l'on eût opéré la malade de l'observation VI, la mort serait survenue inévitablement.

Les accidents inquiétants mais non mortels observés dans les cas VII, VIII, X et XI, peuvent être assez facilement expliqués.

Chez la première, la vulve était excoriée par l'urine; or les tiraillements exercés pendant toute la durée d'une longue opération avaient irrité et déchiré les petites plaies et provoqué aussi une de ces lymphangites soudaines sur lesquelles j'ai souvent insisté. Cette étiologie est à mes yeux si évidente qu'en pareil cas j'ai soin de projeter continuellement sur les parties exulcérées par l'urine, même dans la cavité vaginale, un jet de vapeur phéniquée avant, pendant et après l'opération.

Chez la seconde, je suis porté à croire que les veines pelviennes autrefois thrombosées renfermaient encore quelques caillots anciens qui ont servi de point de départ à une phlébite nouvelle, laquelle a fourni d'abord l'embolie pulmonaire, et plus tard, s'étendant jusqu'à la veine iliaque externe, a engendré la phlegmatia alba dolens. Peut-être aussi faut-il accuser la répétition des deux opérations à six semaines seulement d'intervalle, alors surtout que déjà la première avait été signalée par une congestion ovarique prématurée.

Chez la troisème, une simple exploration a provoqué des accidents assez alarmants dont l'interprétation, je l'avoue, m'embarrasse un peu plus. Le début presque instantané des accidents généraux et la nature de ceux-ci, l'ascension rapide de la température, nous fit croire d'abord à une lymphangite profonde. La sensibilité, bornée à la région de l'ovaire gauche, plaidait pour une congestion subite de cet organe précédant le retour inattendu des règles. Mais l'amendement prompt de tous les phénomènes coïncidant avec une éruption d'herpès labial, survenue quarante et quelques heures après l'exploration, nous démontra, en fin de compte, que nous avions affaire simplement à un accès de fièvre herpétique, et cette supposition fut confirmée à nos yeux quand nous apprîmes qu'au cours de l'exploration, qui avait été assez longue, la malade avait éprouvé une vive sensation de froid, et que reportée dans son

lit, elle avait eu de la peine à se réchauffer. De l'exploration et du refroidissement, le dernier seul devrait être accusé du développement des accidents.

Enfin, chez la quatrième malade, les accidents locaux d'abord, puis l'avortement, s'expliquent sans peine par l'existence d'une grossesse que j'avais méconnue.

L'étude à laquelle je viens de me livrer me semble utile à divers titres, en révélant les causes de la mort ou des accidents qui ont failli l'amener. Elle répartit les responsabilités entre les divers facteurs qui régissent la gravité des opérations chirurgicales en général. Ici c'est bien l'instrument qui tue, quand la mort est causée par l'hémorrhagie primitive ; là c'est le milieu infecté, quand la malade est prise d'un érysipèle qui règne dans les salles ; ailleurs enfin, c'est une lésion profonde, méconnue ou cachée, que l'acte chirurgical réveille, ranime ou aggrave jusqu'à ce que mort s'ensuive.

Tout cela fait qu'une blessure, en quelque sorte insignifiante par elle-même, devient mortelle, grâce au concours indirect de circonstances qui lui sont étrangères.

S'il est juste de disculper ainsi l'opération dans une certaine mesure, il est indispensable de prévenir l'opérateur qu'il ait à se montrer plus attentif et plus circonspect, et à peser soigneusement à l'avance tout ce qui peut conjurer le danger.

La question n'est pas de savoir si la chose est toujours facile, mais bien d'insister sur la nécessité d'une enquête préalable qui permette de prévoir le péril, qui au besoin fera ajourner l'intervention, et qui enfin guidera le choix à faire parmi les méthodes et procédés dont l'art dispose. Il est évident que je n'aurais pas dû opérer pour la quatrième fois la malade de l'observation V, que j'aurais bien fait d'attendre pour celle de l'observation VIII, la fin de la grossesse ; qu'il eût fallu rétablir l'orifice utérin dans l'observation I ; que M. Pollock aurait dû s'abstenir chez sa malade, atteinte d'hydronéphrose ; que M. Richet aurait pu attendre la fin de l'épidémie qui régnait dans ses salles, etc.

Il est surtout un devoir que les faits précédents imposent aux chirurgiens ; je veux parler du choix de la méthode.

Nul n'ignore, qu'à efficacité pareille, les différentes méthodes opératoires varient beaucoup en gravité, et ébranlent l'économie à des degrés très-inégaux. Telle opération qui sera facilement supportée par un sujet robuste et bien portant, compromettra gravement la santé chancelante de tel autre. Or, il faudrait tenir compte de cet élément et chez certains sujets, du moins, subordonner absolument le choix du procédé à sa bénignité relative, dût la cure être plus longue et plus douteuse.

Le *primum non nocere* est ici de toute nécessité. Avec ce que nous savons de la gravité des opérations sanglantes, en cas de lésions viscérales, il nous faut les éviter autant que possible dans ces circonstances et nous adresser à des moyens plus innocents. J'ai fait l'application récente de ce principe dans un cas fort intéressant que je publierai plus tard dans tous ses détails, me contentant de le signaler ici en quelques lignes.

Il s'agissait d'une malade atteinte de fistule vésico-vaginale et qui avait subi, sans succès, deux opérations par la suture sanglante, fort habilement pratiquée d'ailleurs par un de nos jeunes chirurgiens les plus distingués. Non-seulement l'échec avait été complet, mais chaque fois des accidents sérieux s'étaient développés. A la suite même d'un simple tamponnement du vagin, la température s'était élevée à 40°. J'appris que cette jeune femme était atteinte de gravelle, et je constatai moi-même l'existence d'une néphrite. Ceci m'expliquait les insuccès opératoires, les accidents et enfin le piteux état de la santé générale.

J'eus recours en conséquence à la cautérisation simple, qui ne provoqua aucun trouble général et amena en 20 jours une guérison complète.

Je viens de recevoir ces jours derniers, dans mon service, une malade atteinte de fistule vésico-vaginale, mais qui, de plus, est depuis longtemps affectée de paludisme. Je me garderai bien de l'opérer avant d'avoir fait disparaître, autant que possible, cette complication constitutionnelle. Il est probable aussi, qu'au risque de n'obtenir que lentement l'occlusion de la fistule, je me servirai de la cautérisation et de la réunion immédiate secondaire.

Ma pratique n'a pas présenté que les revers et les accidents qui viennent d'être relatés ; elle compte des insuccès dont j'aurais voulu dévoiler également les causes ; malheureusement, celles-ci m'ont échappé dans un grand nombre de cas.

Je ne fais nulle difficulté d'admettre que j'ai commis de temps en temps des fautes opératoires, ce qui n'étonnera personne, car il est des fistules pour lesquelles il est presque impossible de suivre rigoureusement toutes les règles utiles du manuel. Plusieurs fois, en quittant l'amphithéâtre, j'ai prévu l'échec partiel de la suture; mais plus souvent encore, j'ai été aussi surpris que désappointé d'un insuccès rendu improbable par la petitesse de la perforation et par l'exécution facile et irréprochable de la synthèse. Quelquefois cet insuccès m'a été expliqué plus tard, mais quelquefois aussi je n'ai jamais su à quoi l'attribuer.

Je conviens que les chirurgiens ont volontiers avoué leurs échecs qui, surtout à une certaine époque, n'impliquaient nullement l'imprévoyance ou l'impéritie. On n'est point déshonoré pour échouer dans des entreprises réputées très-difficiles. Mais en général les échecs, s'ils ne sont pas dissimulés, sont seulement indiqués en un mot, sans commentaires, sans détails, à moins qu'on ne puisse les attribuer à quelque cause capable de disculper l'opérateur.

Si l'on se livrait pour les insuccès simples de la suture à une enquête analogue à celle que nous venons d'instituer pour les revers mortels et les accidents sérieux, on rendrait sans nul doute un grand service à la pratique en lui montrant les écueils, ce qui la mettrait à même de les éviter (1).

---

(1) Si quelques lecteurs connaissent des *cas inédits* de mort ou d'accidents graves à la suite de l'opération de la fistule vésico-vaginale, il ferait œuvre utile en les publiant directement où en les faisant parvenir à la Rédaction.

Au moment même où l'on met sous presse, nous recevons de province une observation de mort par hémorrhagie secondaire rebelle, nous publierons le fait dans un prochain numéro de ce journal.

---

11 janvier, A. V.

CORRESPONDANCE.

SUR L'ACCOMMODATION DE LA TÊTE DU FŒTUS PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

A Monsieur le docteur A. LEBLOND,
Rédacteur en chef des *Annales de Gynécologie.*

Une notice dans les *Annales de Gynécologie* (juin 1876) vient d'appeler mon attetion sur un mémoire du Dr P. Budin : « *De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique.* » Ce n'est point mon intention de me prononcer ici sur cette révision de ladite question, également recommandable au point de vue clinique et expérimental. Toutefois, je ne saurais m'abstenir de manifester ma satisfaction personnelle en voyant que M. B.., pour ce qui regarde l'accommodation de la tête du fœtus pendant la parturition, est parvenu au même résultat que celui que j'ai obtenu par les mesurages faits par moi en 1859. S'il semble, cependant, qu'il y ait quelque différence entre les résultats de M. Budin et les miens, tels qu'il les cite dans son mémoire d'après *Brit. and foreign med. chir. Rev.*, 1862, il faut s'en prendre à la confusion qui résulte du terme « diamètre occipito-mentonnier », dont se plaint avec raison M. B.. Je désigne, dans mon mémoire, par ce diamètre, la même mesure que M. Schrœder (traduit par le Dr Charpentier, p. 51) et plusieurs autres auteurs appellent « Diamètre occip.-mentonnier » et qui indique, pour moi, le plus grand diamètre oblique de la tête du fœtus, et, par conséquent, le même qu'appelle M. Budin « diamètre maximum. » C'est ainsi que disparaît entièrement tout désacord entre les résultats du Dr B.. et les miens, puis-

que nous avons trouvé, l'un et l'autre, que la compensation d la tête par la parturition normale (principalement chez les primipares) a lieu dans le grand diamètre oblique, le diamètre maximum de M. Budin.

Je saisis l'occasion de proposer un moyen tendant à éviter ces différentes dénominations des diamètres de la tête. Nous nous sommes servis, dans l'obstétrique, de plusieurs termes qui ont produit une certaine difficulté à nous comprendre mutuellement, parce que ces termes ont eu un sens différent chez les différents auteurs. Quelques-uns de ces termes se sont maintenant modifiés par un accord tacite, mais il nous en reste encore, et, entre autres, les dénominations des diamètres de la tête. Puisque dans l'obstétrique il nous faut tout naturellement considérer les mesures de la tête à un point de vue pratique, tandis que les mesures purement anatomiques nous sont d'une moindre importance, il me semble moins convenable de déterminer les distances entre certains points (points anatomiques) intermédiaires de la tête, d'autant plus qu'il n'existe pas de désaccord là-dessus. D'autre part, il convient mieux d'indiquer les dimensions de la tête dans *les différents sens*, puisque c'est bien là le point principal. C'est pourquoi je préfère les termes : D. recta, à occip.-front.; D. oblique major, à D. occip.-mentonnier; D. perpendicularis, à D. sous-occip.-bregmat.; D. transversa posterior à D. transv. anterior à D. bipariét. et bitempor., puisque par là on évite toute équivoque (1).

Voilà les observations que je voudrais soumettre à un examen bienveillant (1).

STADFELDT.

La maternité de Copenhague, 15 décembre 1876.

---

(1) Nous comptons fournir une réponse à cette lettre dans un de nos prochains numéros.

REVUE DE LA PRESSE

RAPPORT SUR LES PROGRÈS DE LA GYNÉCOLOGIE EN 1875

Par Paul MUNDÉ (1)

(*Résumé par le* Dr A. CORDES (*de Genève*).

(Suite.) (1)

VIRCHOW (*Arch. für path. Anat.*, vol. 63, nº 4) rapporte un cas très-rare d'ABLATION D'UNE TUMEUR CYSTIQUE RÉTRO-PÉRITONÉALE, « FIBROMA MOLLUSCUM CYSTICUM ABDOMINALE » (Virchow). La tumeur a été enlevée, en Poméranie, par Spencer Wells, et contenait 7 litres de pus. L'ovaire droit, qui, avec une partie de la trompe, était en contact avec la tumeur et parfaitement sain, fut enlevé avec elle, pour permettre de combattre plus efficacement l'hémorrhagie. L'ovaire gauche, sain, ne fut pas touché; l'opérée se rétablit. Virchow dit que la tumeur est essentiellement un cystoïde, qu'elle ressemble beaucoup à un myome utérin mou, ou à un myo-sarcome, surtout à cause du ramollissement, de l'inflammation et de l'ulcération ; qu'elle a d'abord été solide, et que sa transformation ultérieure en kyste et l'inflammation qu'elle a subie ressemblent à la formation et à l'inflammation des bourses sous-cutanées. On trouve des tumeurs analogues, non-seulement dans l'ovaire, mais dans les ligaments et dans le voisinage de l'ovaire.

La thérapeutique des maladies ovariennses voit se lever l'aurore d'une grande révolution ! SEMELDER (autrefois de Mexico, maintenant de New-York), sous le titre : PLUS D'OVARIOTOMIE, rapporte cinq cas de kystes ovariques, radicalement guéris par l'électrolyse. Le volume de ces tumeurs était variable, la plus grosse dépassait l'ombilic de trois largeurs de doigt. Les aiguilles électriques furent plongées directement dans la tumeur ; le nombre des éléments et la durée de l'application varièrent, suivant la suceptibilité de la patiente. Dans un cas, la guérison a été obtenue en six semaines après trente-huit séances ; dans un autre, elle a exigé six mois ; dans les autres cas, il a fallu un temps intermédiaire entre ces deux extrêmes. L'électrisation fut faite sans anesthésie, et les malades ne furent pas con-

(1) Voir *Ann. de gyn.*, numéros de novembre, p. 363 et de décembre, p. 426.

finées au lit. Il est inutile de faire ressortir la valeur d'un remède qui reléguerait dans l'oubli l'ovariotomie, la plus grande conquête de la chirurgie moderne. Il reste à voir si cette nouvelle méthode supportera l'épreuve du temps et de l'expérience, Quoique je désire que l'expérience, encore peu considérable, de Semelder porte des fruits, je crois toutefois qu'il restera encore, pour nous jeunes gynécologistes, quelques ovariotomies à faire, peut-être même en laisserons-nous à nos successeurs.

Dans un article très-logique et très-scientifique sur l'INFLUENCE DE LA POSITION SUR LA SANTÉ DES FEMMES (*Obst. Journ.*, nov. 1874, janvier et juin 1875), AVELING dit avec beaucoup de justesse que la grande fréquence des maladies des femmes actuellement ne peut être attribuée à des causes naturelles. Outre les troubles génitaux, fort nombreux, causés par des accidents dans les périodes critiques de la vie, chez les femmes mariées ou chez les célibataires par des causes spécifiques, le défaut d'air ou d'exercice, les vêtements mal faits, le coucher tardif, les excès de danse ou d'équitation, ou d'autres imprudences, il existe une classe nombreuse de cas dont la cause ne peut se trouver que dans une mauvaise position habituelle. Ce facteur, des plus puissants dans les maladies utérines, n'a certainement pas obtenu la considération qu'il mérite, ni des médecins, ni des femmes, qui souffrent de cette négligence. Il est à peine nécessaire de chercher à démontrer les effets pernicieux de la gravitation, de la pression, de la gêne de la circulation, en retour de la congestion active ou passive, sur des organes aussi mobiles que ceux de la femme, surtout lorsque ces causes ont une action prolongée ou habituelle.

Pour Aveling, la station verticale, l'asseiement, le décubitus dorsal, latéral ou abdominal, l'agenouillement, sont des positions normales, si on les prend tour à tour et quand il convient.

1° La *station verticale* ne peut être soutenue longtemps, si le corps ne se meut pas ; le repos dans la station est contraire à la nature ; le corps se fatigue ; les effets de la pesanteur se produisent bientôt, si cette force s'exerce toujours dans la même direction.

2° Dans l'*asseiement* sur un siége élevé (« une de ces machines que la civilisation a inventées pour la torture de l'homme, et surtout de la femme »), les jambes sont pendantes, la circulation des cuisses est entravée ; il en résulte de l'enflure des pieds, des varices et des ulcères ; cet inconvénient n'est point évité par les chaises basses et souples, car elles permettent une trop longue prolongation de la même position, ce qui favorise la stase sanguine amenée par la gravitation.

3° L'*appuiement* serait naturel et utile, si on s'appuyait comme il faut ; mais la plupart des femmes adoptent l'appuiement dorsal, qui

pousse les organes pelviens au dehors ; les femmes doivent complètement renoncer à cette position.

4° La *station horizontale* est fort utile pour rétablir l'équilibre circulatoire, mais elle n'est bonne que si l'on ne se couche pas sur le dos.

5° La *supination* et l'*agenouillement* sont naturels si on adopte ces deux positions comme il convient (avec la tête fléchie); elles ont l'avantage de faire cesser l'hyperémie et la congestion pelvienne, et malheureusement les femmes ne les aiment pas.

Selon Aveling, les positions les plus proches de la normale, les moins pernicieuses, sont: la *station debout*, avec des mouvements, l'asseiement sur un plan parfaitement horizontal, comme exemple, un enfant assis sur le plancher, ou sur un siége peu élevé, comme un divan turc ; l'*appuiement* sur l'un des coudes, ou sur l'abdomen et les coudes; le *décubitus horizontal* sur le côté, sur un plan horizontal, ni dur, ni mou. Quelque bonnes que soient ces positions, il ne faut jamais les conserver assez longtemps pour qu'elles deviennent fatigantes. Le degré de déplacement des organes pelviens produit par la position varie beaucoup avec la nature et la persistance de la position. Les organes les plus exposés au déplacement sont:

1° La *vessie* : *rétrorsion* et *prolapsion* (1), par suite d'une surdistension amenée par la station verticale, et une inclinaison trop peu accusée du bassin, et du relâchement des parois vaginales.

2° L'*utérus*, dont la grande mobilité le rend très-susceptible de déplacement : *prolapsion* et *éversion* des lèvres du museau de tanche, *rétroprolapsion* (prolapsus de l'utérus rétroversé) ; *élongation*, — les ligaments sacro-utérins étant tendus, le poids de la vessie, dans la position verticale, tiraille et allonge le col, sans déplacer sensiblement le fond utérin ; — *torsion*, généralement par des tumeurs du fond, le corps étant horizontal ; — *ascension*, dans le décubitus latéral, l'utérus soulagé de la pression intra-abdominale, remonte, et se déplace ; — *rétrorsion*, facilitée par le décubitus latéral et dorsal, surtout lorsque l'utérus est gros, et ses supports relâchés, comme c'est le cas après l'accouchement ; — *antrorsion*, facilitée par l'inclination antérieure normale de la matrice, par suite très-commune ; — *dextrorsion* et *sinistrorsion*, cette dernière est plus commune, parce que la plupart des femmes dorment sur le côté gauche ; — *inversion*, seulement dans des conditions exceptionnelles, comme à la suite d'un accouche-

(1) Aveling a fabriqué de nouveaux mots, j'ai cru devoir les conserver ; ils ont, du reste, trop peu différents des mots usuels, pour devenir inintelligibles,
A. C.

ment, ou comme conséquence de tumeurs fixées au fond ; — *protrusion*, hernies abdominales, inguinales ou autres.

3° Les *ovaires* et les *trompes de Fallope*. Les ovaires, qui sont flottants dans la cavité pelvienne, se trouvent souvent, soit seuls, soit avec l'utérus, derrière cet organe, dans les cas de rétrorsion ; *prolapsion*, *ascension* ; si ces organes sont gros, leur seul poids peut les entraîner jusqu'au niveau du diaphragme ; *protrusion* dans les hernies.

4° Le *rectum* : *prolapsion*. Les déplacements de la vulve, de l'urèthre et des uretères, amenés par la pesanteur, sont rares, sauf lorsqu'ils sont la conséquence des accidents dont il vient d'être question.

Le traitement *postural* de ces déplacements consiste principalement dans l'adoption de la position exactement inverse de celle qui a causé ou favorisé le déplacement ; dans la règle, l'appuiement ou le décubitus latéral doivent, autant que possible, remplacer la station verticale ; dans certains cas, comme la prolapsior et la rétrorsion de l'utérus et la prolapsion des ovaires, la pronation ou la position sur les coudes et les genoux est celle qu'il faut préférer.

Les troubles pelviens d'origine hyperémique qu'on peut attribuer à la position sont principalement les suivants: varices, hémorrhagies, hémostase, thrombose, hypercrinie, œdème, hypertrophie, ulcération, hyperesthésie, chacun de ces symptômes peut se rencontrer dans l'un ou l'autre des organes pelviens. Leur traitement postural est à peu près le même: changement de la position ordinaire pour le décubitus, élévation des hanches, s'il le faut, quelquefois position *coudes-genoux*.

Il n'est guère possible, dans une revue aussi courte, de donner plus qu'une esquisse de l'intéressant travail d'Aveling ; ses suggestions et ses indications ne peuvent être appréciées que par une lecture soigneuse de l'article original (1).

Une application plus spéciale de la position, combinée avec une pression gazeuse dans la pratique de la gynécologie, a été recommandée par HENRY F. CAMPBELL (d'Augusta, Géorgie) (*Atlanta med. and Surg. Journ.*, may 1875), dans un article intitulé : POSITION, PRESSION PNEUMATIQUE, ET MOYENS MÉCANIQUES DANS LES DÉPLACEMENTS UTÉRINS. L'auteur avance que les déplacements utérins, surtout les rétro-déviations, peuvent être aisément réduits par la position sur les genoux et la poitrine — pas sur les coudes et les genoux — aidée par la pression de l'air, l'air étant admis dans le vagin par l'ouverture

(1) Il est cependant regrettable qu'Aveling n'ait rien dit de l'*accroupissement* ; il en sera question, un peu plus loin, dans la revue d'un travail de M. Warker. A. C.

de la vulve ; dans cette position, les viscères abdominaux gravitent loin du bassin, mais cette traction seule ne suffirait pas, si l'on ne fait pas agir la pression atmosphérique, en laissant pénétrer l'air dans le vagin ; l'air le distend avec force et replace à l'instant l'utérus déplacé. Campbell recommande non-seulement de réduire de cette façon tout déplacement utérin, et de ne jamais introduire un pessaire autrement que dans la position *genoux-poitrine*, afin d'éviter la pression de l'instrument sur la partie déplacée, mais, et surtout, que toute femme qui présente un déplacement utérin apprenne à se mettre dans la position *coudes-poitrine* et à replacer ainsi sa matrice, au moyen de la pression atmosphérique, avant de se mettre au lit. Un instrument, inventé par Campbell, simple et peu coûteux, qu'il appelle « replaceur pneumatique », permet de faire aisément cette petite manœuvre. C'est un tube de verre de 44 à 75 millimètres de longueur, à extrémité renflée, semblable à un spéculum cylindrique, de largeurs variables, dont la seule introduction, pour un instant, par la malade elle-même, permet l'entrée de l'air dans le vagin, et la réduction de l'utérus. Le repos de la nuit, qui laisse les ligaments utérins libres de tiraillement, et permet à la circulation de se faire sans difficulté, est, dans l'opinion de Campbell, un grand moyen pour rétablir la position normale de l'organe.

Solger (de Berlin) a fait accidentellement une observation semblable sur l'INFLUENCE DE LA POSITION ET DE LA PRESSION PNEUMATIQUE SUR LE REPLACEMENT DE L'UTÉRUS GRAVIDE RÉTROFLÉCHI (*Soc. obst. Berlin*, 11 mai 1875, *Berlin*, *Beit. zür Geburts.*, IV, 1). Dans un cas d'incarcération d'un utérus gravide de quatre mois et rétrofléchi, après avoir infructueusement essayé d'autres moyens, il mit sa malade dans la position coudes-genoux, et essaya d'abaisser le col, fixé contre le pubis, lorsque l'air pénétra inopinément entre ses doigts, dans le vagin, et réduisit l'organe enclavé.

Le même bonheur m'est arrivé il y a quelques mois, avant que j'eusse connaissance des observations de Campbell et de Solger. Il s'agissait d'un utérus gravide de dix semaines rétrofléchi; ayant placé la malade à quatre pattes, je repoussai fortement le périnée avec un spéculum de Sims, avec l'intention de saisir le col avec un ténaculum, lorsque tout à coup je sentis le vagin distendu comme un ballon, et trouvai le col presque autant en arrière que l'était un instant auparavant le fond de l'utérus ; la matrice était réduite, le fond avait quitté la concavité du sacrum ; je le maintins en place au moyen d'un pessaire d'Albert Smith, que j'enlevai au commencement du cinquième mois de la gestation.

Je viens de faire une incursion sur le domaine de l'obstétrique, convaincu que la position, aidée ou non par la pression atmosphérique, est un agent d'une grande valeur dans le traitement des dépla-

cements utérins, et n'a pas encore obtenu l'attention et l'application dont elle est digne, et persuadé que ces deux moyens, intelligemment et persévéramment employés, seront fort utiles aux femmes.

A l'exemple de Schatz (de Rostock), qui s'est servi du manomètre pour mesurer la pression intra-utérine pendant l'accouchement, Ely von de Warker (de Syracuse) (*New York Med. Journ.*, avril 1875) a étudié les MOUVEMENTS NORMAUX DE L'UTÉRUS NON IMPRÉGNÉ, au moyen du manomètre ; son instrument consiste essentiellement en un sac de caoutchouc, rempli d'eau, et communiquant à une colonne de mercure ses oscillations, dont une plume trace les courbes sur un cylindre couvert d'un papier noirci. La mesure des mouvements volontaires a été prise avec ce manomètre sans la plume et sans le cylindre, avec une simple colonne de mercure renfermée dans un tube de verre recourbé. Les petits mouvements utérins sont produits par deux causes : 1° la contraction des muscles abdominaux ; 2° la pression des viscères abdominaux. L'action de ces causes est variable chez les femmes avec la force contractile des muscles et avec les rapports des axes du bassin et de l'abdomen. Les mouvements utérins dus à la position (asseiement, station, accroupissement, décubitus) et ceux qui sont produits par la respiration rentrent dans la cause 2 ; les mouvements dépendant de la cause 1 sont entièrement volontaires, et s'observent pendant les efforts expulsifs, qui peuvent être très-violents. Si le minimum de force exercée pendant l'accouchement est de 4 à 8 livres (Poppel, Duncan), il est évident que la femme, hors la gestation, possède toujours une somme de force expulsive égale à celle d'un travail facile et suffisant pour produire un déplacement utérin. La position a une influence accusée sur l'effort expulsif volontaire et sur la pression des viscères, comme le montre la différence de pression de 5 dixièmes de pouce entre l'asseiement et la station, et de 6 vingtièmes entre le décubitus et l'asseiement. Dans l'accroupissement, les organes pelviens sont complèment déchargés de la pression viscérale.

Mouvements respiratoires. Ils sont très-simples et égaux en élévation (inspiration) et en abaissement (expiration) ; l'oscillation est presque nulle, elle se réduit à une ligne onduleuse pendant la respiration calme et le décubitus horizontal.

Courbe de la parole (articulation). Les tracés, pendant la conversation, sont d'une variété sans fin ; l'articulation des mots se traduit par des traces onduleuses sur la courbe descendante. Dans la toux, les oscillations sont rapides et brusques, comme on pouvait le prévoir. Les *courbes vibratoires* sont marquées surtout pendant la marche, quoiqu'elles soient accusées dans tous les mouvements utérins, excepté ceux de la respiration normale. Au moment où un pied touche le sol, la colonne liquide monte un peu, ce qui indique un léger abaissement de l'utérus ; lorsque l'autre pied s'élève et se porte en avant,

la colonne descend. Ces deux mouvements principaux se conbinent avec des irrégularités, dues probablement à des vibrations. S'il existe des adhérences, les courbes sont moins accusées, beaucoup moins brusques, et démontrent l'existence d'un obstacle aux mouvements utérins.

Courbes expulsives pseudo-vaginales. Elles sont causées par l'effort de pousser et soumises à la volonté ; la contractilité du vagin semble être peu à peu engagée dans cet effort. L'effort varie beaucoup chez les différents sujets ; la moyenne de l'ascension utérine paraît être entre 7mm,8 et 15mm,6 ; quelques femmes peuvent à peine faire monter le mercure jusqu'à 75mm ; d'autres peuvent l'amener à 104mm ; mais aucune n'a pu le maintenir à cette hauteur.

La courbe du mouvement exprime la variation de la tension vaginale causée par la pression viscérale, dans les positions suivantes : (*a*) quand le sujet change la position horizontale contre l'asseiement, il se produit une brusque ascension de la colonne au-dessus de zéro ; (*b*) quand il se lève, l'ascension augmente ; (*c*) la marche sur plancher produit dés vibrations ; (*d*) quand il s'accroupit, chute soudaine à 15mm,6 ou 20mm,8 ; (*e*) s'il se penche en avant, la colonne descend moins ; (*f*) s'il reprend la station, la courbe est rapidement ascendante, mais tremblée ; (*g*) quand il s'asseoit, chute légère ; (*h*) s'il se recouche, retour à zéro.

Action du vagin dans les mouvements utérins. La partie supérieure du vagin suit le mouvement de l'utérus, comme l'indique la vibration ; si l'utérus descend au delà de la limite de résistance élastique du vagin, ce canal met en jeu sa résistance ; sa contraction est la mesure de sa force de soutien. Ce fait est prouvé par la diminution considérable de la résistance du vagin à la distension, dans quatre cas de cystocèle, comparée à son élasticité chez les autres sujets chez lesquels il était sain. Les quatre sujets à cystocèle, soumis à une distension moyenne de 7 onces 7/10, donnèrent une pression moyenne de 20mm,8, les sujets sains, sur une distension moyenne, donnèrent une pression moyenne de 27mm,4. Ce qui fait une différence de 6.24, qu'il faudrait presque doubler, en considération de la moindre quantité de liquide dans le cas des sujets sains. Dans les cas d'affaiblissement de la contractilité vaginale, l'effort expulsif volontaire du vagin et la pression intra-abdominale sont diminués d'une quantité à peu près égale. Les quatre cas de prolapsus utérin, avec cystocèle, donnent un ffort expulsif moyen de 33mm,8, dans toutes les positions ; quatre autres sujets, dont le vagin était normal, ont donné en moyenne, pour le même effort, 52mm ; une autre preuve de la valeur de la contractilité vaginale comme facteur dans la force de soutien de cet organe se trouve dans le fait que le vagin des sujets affectés de cystocèle put supporter sans douleur une

distension double de celle que supportèrent les autres sujets. Cela tient certainement, non à une capacité vaginale plus grande, mais à la perte de la résistance à la distension. Van de Warker a montré beaucoup d'habileté mécanique et expérimentale dans ces recherches; j'espère qu'il les continuera.

Dans un mémoire sur LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES FIBROÏDES UTÉRINS CURABLES (*obst. Journ.*, déc. 1875) ALF. MEADOWS dit que la curabilité d'un fibroïde utérin dépend surtout de sa position par rapport aux parois de l'utérus; un diagnostic précis de cette situation relative est donc essentielle pour le traitement. Pour y arriver, il recommande d'examiner spécialement les points suivants : 1° le degré et la direction du déplacement cervical révélé par le toucher; 2° les modifications du museau de tanche et du col : ouverture de l'un, volume et consistance de l'autre; 3° les dimensions exactes et la forme de la cavité utérine, sa direction, données par l'hystéromètre; 4° la communication des mouvements imprimés à la tumeur, si elle est assez grosse par la main placée à l'extérieur, au manche de la sonde utérine. Les tumeurs entièrement dans l'utérus ne déplacent pas le col; si elles sont situées dans une paroi, elles rejettent l'utérus du côté opposé. Un orifice fermé, avec un col petit, presque normal, sont des indications presque certaines d'incurabilité; un orifice béant est un bon signe, car il indique l'approche de la tumeur vers la cavité et fait espérer une ablation aisée. Les fibroïdes sont plus rares dans la paroi antérieure que dans la postérieure; leur diagnostic est aussi plus difficile, leur ablation amène plus souvent l'inflammation, sans doute à cause de la présence d'une grande quantité de tissu cellulaire entre le col et la vessie. Parmi les remèdes internes ou externes, absorbants et oxytociques, Meadows emploie et recommande deux médicaments : le chlorure de calcium, sous forme de solution, qui paraît diminuer l'hémorrhagie, et quelquefois arrêter le développement de la tumeur, et l'ergot qu'il faut réserver pour les cas où l'hémorrhagie et la perte sont abondantes, lorsque le volume utérin est augmenté. Il faut en continuer l'administration pendant des mois; on ne peut attendre, en moins de trois mois, aucune amélioration permanente. La variété interstitielle est la seule qui puisse être traitée avec succès, sauf par l'énucléation. Pour y arriver, on divise ou l'on dilate le col, ce qui est préférable; on incise ou l'on cautérise, avec le cautère actuel, la partie la plus basse ou la plus saillante de la tumeur, puis on l'énuclée immédiatement avec les doigts ou avec une forte pince, en prenant garde de ne pas traverser le tissu utérin, pour tomber dans le péritoine, comme cela a été fait; ou bien on attend quelques jours, et on procède graduellement. Plus on peut sans danger séparer la tumeur, plus elle joue le rôle d'un corps étranger, et plus l'utérus s'efforcera de l'expulser. La pince est le seul in-

strument nécessaire pour énucléer la tumeur; l'absence de pédicule, si le chirurgien n'en a pas fait un en tirant sur la tumeur, rend inutile l'application d'un écraseur.

Le seul traitement curatif des fibroïdes sous-péritonéaux est la gastrotomie, et les seuls cas justiciables de cette opération sont ceux où la tumeur est assez hors du bassin pour ne pouvoir être qu'à peine sentie par le toucher vaginal, et où le col et une grande partie du corps sont sains, où la tumeur est librement mobile, où ces mouvements ne se communiquent presque pas au col, et où la sonde ne montre qu'un petit allongement de l'utérus. Les tumeurs pédiculisées sur l'utérus, ou placées sur le fond, de telle sorte que le corps puisse servir de pédicule, sont les plus favorables à l'opération.

L'application du cautère a l'énucléation des fibroïdes utérins, dont parle Meadows, a été décrite par Greenhalgh, qui l'a employée, dans cinq cas (*Royal med. and. Surg. Soc.*, séance du 26 oct. 1875, *Obst. Journ.*, déc. 1875). Elle a sur le bistouri et l'énucléation les avantages suivants : elle est d'une application facile, peu douloureuse, ne donne pas de sang ; l'ouverture à bords escharifiés qu'elle laisse est peu favorable à l'absorption : cette ouverture peut aisément être élargie sans perte de sang, et permet une manipulation aisée. Aussitôt faite, elle détruit rapidement des parties de la tumeur et réduit ainsi son volume; le segment inférieur de la tumeur est conique, ce qui rend son détachement, son expulsion et son ablation faciles. Elle est promptement suivie d'efforts expulsifs spontanés. Quand la tumeur est très-grosse, ou la malade fort affaiblie par l'hémorrhagie, il est utile de détacher graduellement la tumeur de sa loge et de n'enlever, à chaque séance, que la partie qui fait saillie hors de l'ouverture, qui se maintient ainsi dilatée. En cas de gangrène, la destruction rapide de la tumeur ou son ablation au moyen de cautère est indiquée. Sur les cinq cas de Greenhalgh, trois opérées se rétablirent après l'énucléation graduelle de la tumeur : une succomba à une péritonite amenée par une perforation de l'intestin adhérent ; la dernière mourut d'embolie après l'enlèvement de la tumeur presque entière. Trois de ces tumeurs étaient pariétales, une intra-utérine, et une extra-pariétale.

Dans la discussion, Barnes dit qu'il n'était pas disposé à accepter l'emploi du cautère de cette façon, car ce procédé ressemble à ce qu'on a nommé l'évidement et ne met pas à l'abri de l'inflammation nécrotique de mauvaise nature qui se termine par la septicémie, et à laquelle ces tumeurs, après l'opération, sont si enclines. Je crois qu'en général les chirurgiens préfèrent le bistouri et l'énucléation avec les doigts et la pince de Museux, comme la pratiquent Sims, Thomas, Emmet, Meadows et d'autres, comme étant plus prudente et

aussi sûre. On pourrait cependant, dans des cas extrêmes, s'adresser au cautère.

THOMAS ADDIS EMMET, dans un travail sur le TRAITEMENT ET L'ABLATION DES FIBROÏDES UTÉRINS PAR LA TRACTION (*Trans. New-York Stat. med. Soc.* 1875), désapprouve formellement cette incision des fibroïdes pariétaux, « qui allume de l'inflammation dans leurs tissus. » Il affirme que, tandis que, pendant huit ans, il n'a jamais perdu une malade lorsqu'il enlevait les tumeurs par un procédé de traction qui va être rapporté, il a vu mourir la seule opérée sur laquelle il a incisé la capsule et a laissé le fibroïde se dissocier. Personne ne peut limiter à la tumeur l'inflammation qu'il excite, et, si l'on rapportait aussi bien les morts que la guérison, « aucun un chirurgien consciencieux ne tenterait de détruire une tumeur utérine par désagrégation. » Il y a plusieurs années qu'Emmet a adopté cette opération pour l'enlèvement des fibroïdes; mais ce n'est qu'il y a deux ans qu'il en a compris l'esprit en enlevant une tumeur par ce procédé. Il avait remarqué que, par une traction vigoureuse et soutenue, exercée au moyen d'un ténaculum double ou d'une ligature, on pouvait arriver à déloger et à enlever par morceaux un fibroïde utérin; il avait aussi observé une dépression de l'utérus en un point opposé au point d'implantation de la tumeur quand on tirait sur elle. En mars 1874, pendant l'opération, il observa que la dépression utérine, qu'il avait d'abord prise pour un commencement d'inversion, diminuait en même temps que la base du fibroïde; l'idée lui vint soudain que cette pédiculisation graduelle de la tumeur était due à une forte contraction de l'utérus, plus forte au niveau de la base du fibroïde, qui était ainsi serrée et chassée de sa loge. L'apparence exsangue de la tumeur indiquait nettement le degré de constriction supportée par le pédicule, et après l'ablation du fibroïde, le doigt ne pouvait sentir, sur la paroi utérine, qu'une petite dépression, située au point d'implantation de la tumeur; e pédicule avait été réduit au diamètre d'un crayon. Dans deux des cas rapportés par Emmet, la tumeur enlevée de cette manière, on en avait séparé des tranches pour faire de la place en l'attirant en bas, qui pesaient 7 livres et 4 livres et demie. Emmet dit que, tandis qu'il a heureusement enlevé par la traction nombre de petits fibroïdes qui autrement auraient amené la mortr, toutes les fois que la tumeur était plus grosse qu'un œuf de pigeon, il a surtout tâché de diminuer l'hémorrhagie et de faire sortir la tumeur de son *lit*, dans la direction du canal utérin. Il a obtenu ce résultat par l'usage continu de suppositoires ergotisés introduits dans le rectum ou l'utérus — 80 centig. à 1 gramme de l'extrait aqueux de Squibbe par chaque suppositoire. L'ergot est plus efficace, appliqué sur la muqueuse utérine, que dans le rectum. Aussitôt que le fibroïde fait une saillie suffisante, il le saisi avec un double ténaclulum, placé aussi haut que possible, et l'énu-

clée graduellement par une traction qui peut durer une heure et demie. Les ongles et les ciseaux peuvent aider, s'il le faut, à l'ablation. Il faut enlever les débris détachés et les parties libres de la capsule, arrêter l'hémorragie, exciter les contractions utérines avec des injections d'eau très-chaude et injecter l'utérus ou le badigeonner avec la teinture d'iode concentrée de Churchill, qui est un excellent désinfectant et un très-bon styptique. L'utérus doit être tamponné de temps en temps avec du coton imbibé de glycérine, ou du coton aluné, et, le vagin tamponné, on fait de plus de fréquentes injections d'eau phéniquée chaude. La malade reste au lit jusqu'à l'arrêt de la perte, ou jusqu'à ce que la loge de la tumeur soit remplie. « Rien ne pourrait me faire introduire du persulfate de fer dans une cavité, » dit Emmet. « Il n'est point styptique, il ne fait que coaguler le sang, qui se putréfie bientôt, et devient la source d'une infection septique. »

Byford (de Chicago) analyse (*Medical Examiner* 1er juillet 1876) 103 cas de TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS TRAITÉES PAR L'ERGOT, dont il a recueilli les observations et répond par l'affirmative à la question de savoir si l'ergot peut guérir un fibroïde. 23 de ces cas sont des guérisons; 38 fois les tumeurs ont diminué de volume, et les hémorrhagies et les autres symptômes pénibles ont disparu ; 19 fois les pertes sanguines et leucorrhéiques ont été amendées, le volume et l'état de la tumeur restant les mêmes. 21 cas ont résisté complètement. En somme, 88 malades ont obtenu une amélioration décidée, sur 103 ainsi traitées. Nous pouvons affirmer les effets favorables de ce traitement, en considérant que 21 fois il fut suspendu, nombre égal à celui des cas rebelles, et il faut noter que, parmi ces 21 suspensions, il y a eu beaucoup d'améliorations. La grande difficulté d'arriver à des résultats précis tient à ce qu'il a été malaisé de soutenir le traitement. Les auteurs n'ont pas tous employé l'ergot de la même façon. Quelques-uns l'injectent seulement sous la peau, d'autres ajoutent à la voie hypodermique la voie stomacale et les suppositoires vaginaux et rectaux. Le principal obstacle à la méthode sous-cutanée est la douleur de l'injection, l'inflammation et la suppuration qu'elle amène souvent. Aussi bon nombre de malades ont refusé de continuer et ont abandonné le traitement. Quand il n'y avait pas trop d'affaiblissement ou trop d'irritation gastrique, l'ergot a donné de bons résultats dans un grand nombre de cas ; dans un petit nombre, il a paru n'avoir aucune influence quelconque, administré de cette façon, et il a donné de bons effets quand il a été appliqué sous la peau.

D'après Byford, un fibroïde utérin peut être affecté par l'ergot de trois manières :

1° Il se désagrége et s'absorbe graduellement. Il disparaît alors sans symptômes violents ou pénibles.

2° Sa nutrition est tellement gênée que sa vitalité s'éteint rapidement; il se putréfie dans sa capsule, et la malade expulse une masse à demi-putride. Ce processus éliminateur s'accompagne de signes d'inflammation et de toxémie, dont la gravité varie avec le volume de la tumeur, le temps qui s'écoule entre le commencement de la décomposition et l'expulsion de la tumeur, et la force de résistance vitale de la malade.

3° La tumeur, presque sans avoir subi aucune modification, est totalement ou partiellement expulsée de l'utérus; il se produit une inversion utérienne plus ou moins accusée; la tumeur est alors justiciable d'un traitement chirurgical qu'achève son enlèvement.

P. ALLEN (de Genève, *Illinois*) rapporte (*ibid.*) un cas de fibroïde utérin, dans lequel les injections hypodermiques d'ergot amenèrent, à deux reprises, de la phlébite dans les extrémités inférieures.

BILLROTH, dans un article (*Wiener med. Wochenschr.*, I, 1876) sur la LAPARO-HYSTÉROTOMIE, discute la question de l'enlèvement des gros fibroïdes par la gastro-hystérotomie, et dit que, jusqu'à 1874, les grands périls de l'opération, le peu de gêne causée par les tumeurs qui ne sont en général volumineuses que chez des femmes ayant dépassé la trentaine, l'horrible souvenir, encore vivant, de deux opérations auquelles il a assisté, dans lesquelles le diagnostic était tumeur ovarique et où la section du péritoine laissa voir un gros fibroïde utérin, les deux malades succombèrent à la péritonite — l'avaient fort indisposé contre l'opération. En 1874, cependant, il en fit une, et deux en 1875; deux insuccès, une guérison. Les raisons qui l'ont fait changer d'opinion et reconnaître la nécessité de la gastro-hystérotomie sont:

1° Le fait, nouveau pour lui, qui n'est pas très-rare de trouver d'énormes fibroïdes à développement rapide, même chez les jeunes femmes et les jeunes filles, et qui sont non-seulement fort incommodes, mais qui, en se compliquant d'œdème et de marasme, deviennent dangereux pour la vie;

2° Le nombre toujours croissant de gastrotomies, même difficiles, qui augmente l'expérience des opérateurs; lui-même en a fait environ cinquante;

3° Les résultats favorables obtenus par Karl Braun, dans l'énucléation des fibroïdes et l'extirpation de l'utérus par le vagin;

4° Particulièrement le livre si connu de Péan et Urdy: *Hystérotomie*, etc.

Billroth dit que ce qui l'a particulièrement intéressé dans le livre de Péan, c'est la méthode excellente avec laquelle il a traité son « sujet, et la modestie que l'auteur a mise dans la description de ses « méthodes personnelles. La laparo-hystérotomie a été amenée par « Kœberlé et Péan, d'un succès accidentel à une méthode réellement

« scientifique et artistique: c'est un problème chirurgical résolu. » Il m'a toujours paru étrange que les Français, qui ont été si effrayés par les dangers, relativement minimes, de l'ovariotomie, et qui ont été si peu heureux dans son exécution, aient été si fortunés avec sa sœur, bien plus hasardeuse, la gastro-hystérotomie, tandis que, chez nous, dans le berceau de l'ovariotomie, dans la patrie de ses plus ardents défenseurs et de ses plus heureux exécuteurs, elle a paru infiniment plus périlleuse et n'a été accueillie que peu favorablement (1).

L'ablation de gros fibroïdes par la gastro-hystérotomie n'a été à ma connaissance faite que neuf fois l'année dernière; elle a donné six guérisons et trois morts.

1° Thomas Keith (d'Edimbourg) (*Lancet*, 15 mai), fibro-kyste. Célibataire, 53 ans. Tumeur prise pour une tumeur ovarique, col utérin gros comme le bras, trop large pour le clamp; il fallut l'embrasser par un fil d'acier, juste au-dessus du vagin. Cavité utérine pas allongée; pédicule fixé à l'angle inférieur de la plaie au moyen d'une forte aiguille. Poids de la tumeur, 11 livres; guérison. La malade retourna chez elle le trente-septième jour.

2° Keith (*ibid*), fibro-kyste. Célibataire, 44 ans, scrofuleuse, anémique, réclamait l'opération. Tumeur fixée à la fosse iliaque droite, à la région lombaire droite, et en partie à la paroi abdominale. Séparé les adhérences avec la main; ligature en fil d'acier. Ovaire gauche enlevé avec la tumeur. Suintement abondant des parties adhérentes; malade sans pouls, quand on la remet au lit. Drainage abdominal. Moignon fixé dans l'angle inférieur de la plaie, cicatrisé en cinq semaines. L'opérée retourne chez elle après six semaines.

3° Keith (*Edinb. med. Journ.*, mars 1876), kyste fibreux. Age, 40 ans. Accroissement rapide. Opération le 15 février 1875. Enlevé les ovaires, l'utérus, les trompes et les ligaments larges qui étaient cystiques. Pédicules entourés d'un fil d'acier, fixé à l'angle inférieur de la plaie, sutures abdominales en soie et en crin de cheval. Poids de la tumeur vidée, 8 livres 4 onces. Cavité utérine, 76mm. Hémorrhagie alarmante du moignon le neuvième jour, arrêtée par le coton perchloruré et la pression; chute de l'eschare le quinzième jour; guérison. Retour à la maison, le trente-deuxième jour.

4° Routh (de Londres) (*Obst. Traus.*, 1876, p. 216, *Obst. Journ.*, août

---

(1) Je retranche ici un passage qui concerne l'article de Pozzi (*Prog. Méd.*, 14 août 1875) sur le même sujet. Les opinions de Pozzi sont d'autant plus connues de nos lecteurs français, que Pozzi a fait sa thèse d'agrégation sur ce sujet: *De la valeur de l'hystérotomie dans les tumeurs fibreuses de l'utérus.* Paris, 1875. A. C.

1875) tumeur pesant 10 livres 1/2, d'une dureté pierreuse; pas de clamp, ligatures; hyperémie; température allant jusqu'à 41°,66; pouls jusqu'à 144; bains glacés répétés durant trois quarts d'heure, amenant une réduction de température de 3°30 à 3°85; guérison.

5° R. CHADWICK (de Boston) (*Boston med. and. Surg. Journ.*, 1875). Poids de la tumeur, 4 livres, 506 à 532 mil. de circonférence; cavité utérine, 192 mil., malade âgée de 54 ans; ligature en corde de fouet double autour du col. Bien jusqu'au septième jour, tétanos soudain; mort le huitième jour.

6° W. G. DRAKE (d'Atlanta, Géorgie) *Atlanta med. Journ.*, août 1875). Ablation de l'utérus entier et de ses trompes; guérison. La malade est depuis lors menstruée régulièrement, par le vagin.

7° TH. BILLROTH (de Vienne) *Wiener med. Wochenschr*, 1876. 1 et 2, fibroïdes utérins multiples. Célibataire, 38 ans; pas d'adhérences, incision allant de l'ombilic au pubis, enlèvement de la partie supérieure de la tumeur par morceaux, double ligature autour du col. Méthode de Péan, ablation de l'utérus, des trompes et des deux ovaires. Mort par collapsus.

8° BILLROTH (*ibid*). Fibroïdes multiples. Célibataire, 19 ans, émaciée, très-affaiblie; fortes adhérences à l'épiploon, six ligatures dans les ovaires gros comme de petites oranges, ligature en masse au-dessus des ligaments larges, ovaire gauche enlevé. Pédicule comparativement mince, clamp; un drain passé dans le vagin, trois par la plaie abdominale; guérison. La malade quitta son lit la huitième semaine. Poids de la tumeur, 34 livres.

9° E. BOECKEL (*Centrabl. fur Chir.* 1876, 1). Kyste fibreux pris pour un kyste ovarique. Tumeur située entre les cornes d'un utérus bicorne. Extirpation de l'utérus et des ovaires; pédicule fixé dans l'angle inférieur de la plaie. Mort par péritonite le troisième jour.

Je pourrais ajouter un cas remarquable de gastrotomie simple, faite par BARNES. Grosses tumeurs colloïdes agglomérées malignes, du poids de 28 livres, venant de l'épiploon, ligatures en fil de soie; guérison.

Deux cas de gastro-hystérotomie pratiquées à l'hôpital des femmes de New-York par Gaillard Thomas en 1874, et par Peaslee, en février 1876, ne peuvent être mentionnées ici, car elles n'ont pas été faites en 1875. Les deux malades ont succombé dans l'espace de quarante-huit heures au choc et à un commencement de péritonite.

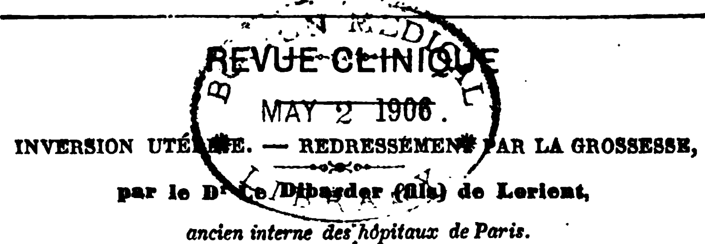
Si j'ai omis quelques cas, publiés ou non, je serai heureux de combler cette omission dans ma prochaine revue, si les opérateurs veulent m'envoyer leurs opérations (1).

HEYWOD SMITH (*Brit. med. Journ.*, 3 juillet 1875) discute la question

(1) Je laisse de côté le compte-rendu du mémoire de Guéniot sur la compres-

si discutée de la STÉRILITÉ AMENÉE PAR LES MALPOSITIONS UTÉRINES ET LA CONSTRICTION DU CANAL CERVICAL, et tire de son expérience des conclusions qui me paraissent dignes d'être rapportées et concordant exactement avec les miennes. Il dit que l'antéflexion aiguë cause la stérilité plus souvent qu'aucun autre changement de forme, excepté peut-être la rétroversion extrême, parce que, dans l'antéflexion, le col est placé dans une position défavorable à l'absorption du sperme. Les malades des classes inférieures demandent en général le soulagement de la dysménorrhée qui accompagne presque toujours l'antéflexion; celles des classes élevées demandent un remède contre la stérilité. Le traitement consiste dans l'incision, suivie de la dilatation du canal rétréci, surtout de l'orifice interne; il faut continuer à dilater pendant des mois, et maintenir le canal en passant de temps en temps une grosse sonde. Ce n'est que de cette manière qu'on peut empêcher le rétrécissement de se reproduire jusqu'à ce que la grossesse arrive, suivie de l'accouchement, qui laisse une guérison définitive. La dilatation seule réussit rarement à assurer une ouverture permanente. C'est exactement ce que j'ai observé dans nombre de cas, lorsque, la malade refusant l'incision, j'ai dû me contenter des dilatateurs de Peaslee et d'Ellinger; j'ai trouvé que, si je laissais le col sans y toucher pendant quelques semaines, il reprenait ses dimensions primitives. Smith nous engage à ne pas diviser trop largement l'orifice externe; car, s'il est trop béant, la pénétration du sperme est difficile. Il recommande de faire porter aux opérées une tige intra-utérine. La grossesse peut ne pas se produire pendant un an, ou davantage, il faut maintenir le canal ouvert en le dilatant de temps à autre.

(A suivre).



REVUE CLINIQUE

INVERSION UTÉRINE. — REDRESSEMENT PAR LA GROSSESSE,

par le Dr Le Diberder (fils) de Lorient,

ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le 22 août 1875, je fus appelé près d'une dame pour des pertes de sang considérables qui se renouvelaient aux époques menstruelles et

---

sion des organes pelviens par les tumeurs fibreuses utérines, présenté à la *Société de chirurgie*. Ce mémoire doit être connu de nos lecteurs (*Un. Méd.*, 1875, t. II, 181). A. C.

augmentaient progressivement. Madame M..., âgée de 42 ans, a eu d'un premier mariage plusieurs enfants dont le plus jeune à 13 ans. Remariée, elle n'a pas eu d'autre enfant, mais en désire vivement. Depuis son dernier enfant, elle n'a cessé de souffrir du ventre et des reins, ne peut rester couchée ni sur l'un ni sur l'autre côté, et se voit forcée de garder le décubitus dorsal. Cependant, en dehors des hémorrhagies, elle peut vaquer à ses occupations. Interrogée par moi, relativement à son dernier accouchement, dont les détails seraient intéressants à connaître, elle n'a gardé le souvenir que d'une hémorrhagie abondante.

Je pratiquai le toucher et reconnus une tumeur piriforme, régulière, saignant au moindre contact, faisant saillie dans le vagin par l'orifice béant du col. Le doigt passait facilement entre le col et la tumeur et se trouvait arrêté au fond d'un cul-de-sac mesurant environ 2 centimètres de profondeur. Je diagnostiquai, en conséquence, une inversion utérine incomplète. Je supposai que ce renversement remontait à une époque assez éloignée. Pourtant je résolus de tenter la réduction.

Je revins le lendemain et m'efforçai de réduire l'inversion en déployant des efforts assez énergiques; je réussis à diverses reprises à faire remonter le fond de l'utérus au niveau du col, mais je n'obtins rien de plus, et, après des tentatives répétées et prolongées, je me retirai avec la certitude de n'avoir pas réduit. Je prescrivis l'emploi du perchlorure de fer à l'intérieur et en injections, me proposant d'ailleurs de récommencer mes tentativesde réduction un peu plus tard.

Je ne revis la malade que le 20 octobre; j'appris alors que depuis ma visite elle n'avait plus eu de perte, mais avait seulement revu ses règles dans le courant de septembre, et cette fois elles avaient été peu abondantes.

Je touchai de nouveau, je trouvai l'utérus à sa place sans aucune inversion ni déformation. Ce fait me surprit extrêmement. J'avais constaté l'inversion de la manière la plus évidente; il était également hors de doute pour moi que j'avais échoué dans mes tentatives de réduction; je ne pouvais pas non plus admettre un redressement spontané : dans ces conditions, la grossesse me sembla avoir été le seul agent possible de la réduction, et je déclarai que madame M... était très-probablement enceinte. Cette hypothèse fut confirmée par l'événement. Madame M... était enceinte en effet; elle sentit les premiers mouvements de l'enfant le 31 décembre. La grossesse se passa régulièrement et sans accident.

Les douleurs de la parturition commencèrent le 18 juin 1876 à trois heures de l'après-midi; vers 11 heures du soir elles prirent de l'intensité, et l'accouchement se termina à 5 heures du matin (présentation du sommet en O I G A). L'enfant, du sexe féminin, était

grêle, la tête était fort petite : aussi l'expulsion suivit-elle immédiatement la rupture de la poche des eaux, Malgré la rapidité de la période d'expulsion, l'enfant resta quatre minutes sans mouvement, mais enfin la respiration s'établit spontanément. Bien que grêle, l'enfant avait tous les attributs des enfants à terme. La délivrance se fit naturellement : j'évitai d'opérer la moindre traction sur le placenta. Un écoulement de sang peu abondant suivit immédiatement la délivrance. J'introduisis la main et trouvai le fond de l'utérus à sa place, sans aucune dépression. Cependant, afin d'éviter l'inertie utérine, si favorable à la production de l'inversion, je donnai 2 grammes de seigle ergoté en potion à prendre par cuillerées, d'heure en heure.

Les suites de couche furent des plus simples, sauf quelques accès de fièvre qui cédèrent facilement au sulfate de quinine. L'enfant, confié à une bonne nourrice, prit un accroissement rapide. J'ai examiné à diverses reprises madame M... L'inversion ne s'est pas reproduite. La menstruation s'est rétablie avec la plus grande régularité.

Pour compléter cette observation, je dois rapporter que les métrorrhagies ne sont survenues que depuis le second mariage et que les règles furent suspendues à deux reprises différentes, notamment une fois où leur absence dura plus de trois mois et se termina par une perte abondante. Cette perte est considérée par la malade comme une fausse couche. Elle se traita simplement par le repos sans appeler ni médecin ni sage-femme.

J'appellerai l'attention sur quelques points particuliers du fait précédent.

A quelle époque remonte l'inversion ? Peut-être à l'accouchement qui date de treize ans. En effet, il y eut dès cette époque quelques signes vagues d'affection utérine ; mais la malade n'ayant jamais été examinée à ce point de vue, il est impossible de rien préciser à cet égard.

Quelle que soit l'époque du début, la marche des accidents indique que le déplacement a été s'aggravant progressivement.

Le fait important à noter, c'est qu'une inversion utérine aussi prononcée n'ait pas mis obstacle à la grossesse. Celle-ci d'ailleurs est un fait extrêmement heureux en pareil cas, puisqu'elle amène la guérison.

On peut se demander si les tentatives de réduction que j'ai faites et qui ont été suivies si promptement de grossesse ont

pu faciliter la conception. Certain de n'avoir pas réussi à réduire, je suis plus disposé à ne voir là qu'une simple coïncidence.

La grossesse une fois produite, il est facile de se rendre compte du mécanisme de la réduction. L'ovule fécondé à dû s'implanter sur la partie du corps recouverte par le col. En vertu de son adhérence intime à l'utérus, l'ovule a, en s'accroissant, progressivement refoulé le fond du sillon utérin, de manière à faire remonter la partie renversée, et finalement rendre à l'utérus sa forme normale. Cela s'est accompli lentement, sans violence et sans secousse.

Ce procédé de redressement est évidemment plus parfait que tous les procédés décrits jusqu'ici pour parvenir artificiellement au même but. Remarquons que cette inversion réduite sans difficulté par ce procédé naturel avait résisté à d'énergiques pressions exercées par moi.

Ne doit-on pas conclure de là que l'irréductibilité n'est que relative et dépend du procédé employé ? Or, l'efficacité particulière de la grossesse en ce cas me semble tenir à deux conditions : d'abord le point d'appui solide que prend l'ovule sur la paroi utérine, en second lieu, la pression progressive exercée par l'accroissement de l'œuf sur *un point limité* de la portion utérine renversée. Parmi les procédés de réduction décrits jusqu'ici, celui de M. le professeur Courty a plus de tendance à réaliser la première condition, celle de fournir à l'agent réducteur un point d'appui, ce qui s'obtient par l'introduction dans le rectum de deux doigts de la main gauche recourbés en crochet pour retenir le col. Le procédé de Marion Sims, au contraire, réalise mieux la seconde, car il consiste à presser sur l'orifice de l'une des trompes, lorsque la réduction est déjà assez avancée pour que le fond de l'organe ait franchi l'orifice du col.

On pourra donc avantageusement combiner les deux méthodes et obtenir ainsi des réductions inespérées. Il va sans dire qu'il ne faut pas se contenter d'une tentative et, si l'on échoue, il faudra recommencer plus tard, car il serait sans doute naïf de croire que la grossesse viendra toujours tirer le chirurgien d'embarras. Quant à l'ablation de l'utérus, rendue possible

par l'emploi de la ligature, il est évident qu'elle doit être réservée aux cas où l'irréductibilité est absolument démontrée, et où la vie de la malade court des dangers immédiats.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Accidents déterminés par des pessaires, par M. NOTTA. — L'emploi des pessaires n'est pas toujours exempt de danger. On a cité des exemples d'accidents graves déterminés par l'application intempestive de ces moyens de contention, et cependant nous voyons tous les jours les pharmaciens, les bandagistes, les appliquer sans l'intervention du chirurgien et sans avoir conscience des dangers qu'ils font courir aux femmes qui s'adressent directement à eux. Les médecins eux-mêmes ne sauraient trop prévenir leur malades de les venir consulter aussitôt que des douleurs ou des troubles fonctionnels particuliers se manifestent, sous peine de voir des accidents formidables se développer. Ces réflexions me sont suggérées par les faits suivants, et ils m'ont paru de nature à appeler l'attention de la Société :

OBS. I. — La veuve Launay, âgée de 58 ans, servante dans une ferme, vint me consulter, il y a 8 mois, pour une procidence de l'utérus. Le corps de la matrice pendait hors de la vulve, entre les jambes. Je réduisis l'utérus et j'appliquai, séance tenante, un pessaire de Schenk. La malade éprouva un soulagement immédiat, et pendant les 7 mois qui suivirent elle ne s'était jamais mieux portée. Sur ma recommandation, elle faisait des injections tous les jours. Il y a cinq semaines, en soulevant une jarre très-lourde avec un aide, ce dernier lâchant la jarre, elle eut à en supporter tout le poids. Elle ressentit alors, dans le ventre, une vive douleur qui persista les jours suivants. Elle continua néanmoins son travail. Il y a quinze jours, elle s'aperçut qu'elle perdait ses urines dans certains moments, et, depuis huit jours, elle les perd continuellement jour et nuit ; elle se décida enfin à me consulter le 30 juin 1876. Je constatai qu'une des ailes du pessaire était entrée dans la vessie. Je m'empressai d'en faire l'extraction qui fut très-laborieuse.

Le 29 juillet. Je constate que la fistule vésico-vaginale n'est pa cicatrisée et que les urines s'écoulent incessamment. Je propose à la malade de l'opérer, elle n'y consent pas, et depuis je ne l'ai pas revue.

Il n'est pas douteux que si cette femme était venue me consulter après le violent effort qu'elle fit, et qui lui causa une si vive douleur dans le bas-ventre, je lui aurais donné le conseil de retirer son pessaire. J'aurais ainsi évité la fistule vésico-vaginale qui n'a commencé à se produire que trois semaines après l'accident. J'ai souvent appliqué, pour des procidences de l'utérus, des pessaires de Schenk, et les malades les supportaient bien; quoique ce pessaire soit dur, puisqu'il est en buffle, je ne crois pas que ce soit sa dureté qui ait été la cause du mal. Ainsi, j'ai été témoin d'accidents forts graves déterminés par des pessaires à air en caoutchouc. Un bandagiste charlatan, qui habite Caen, parcourt les villes et les campagnes, appliquant invariablement à toutes les femmes qui viennent le consulter un pessaire à air, Gariel. Je ne parlerai pas ici des fausses couches et des avortements qu'il a ainsi déterminés : je me bornerai à citer les deux faits suivants que j'ai observés dernièrement :

Obs. II. — Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 35 ans environ, qui a eu déjà 8 enfants. Six semaines après son neuvième accouchement, se sentant un peu souffrante, elle va consulter ce bandagiste qui lui applique un pessaire Gariel. Elle ressent de vives douleurs, est obligée de garder le lit, et voit survenir un écoulement abondant et horriblement fétide. Au bout d'un mois, ses douleurs augmentant, elle fait prévenir le bandagiste qui répond que l'écoulement est un symptôme favorable, qu'elle prenne patience et qu'elle guérira. Mais, un mois plus tard, un énorme abcès de la fosse iliaque gauche s'était formé et s'ouvrait à l'extérieur, au-dessus de l'arcade crurale. Cette femme, épuisée par la douleur, se décida à ôter son pessaire quelques jours après et à entrer dans mon service, à l'hôpital. Traitée par le repos et les toniques, elle en sortit au bout de trois mois dans un état de santé plus satisfaisant, mais non guérie ; les fistules de son abcès suppuraient encore.

Obs. III. — Madame M..., de Lisieux, âgée de 28 ans, d'une bonne constitution, mais éminemment nerveuse, fut prise, il y a quatre ans, à la suite d'une fausse couche, de crises hystériques ; elle eut en même temps quelques granulations sur le col utérin qui nécessitèrent quelques cautérisations. Sa santé générale était devenue meilleure, elle sortait en voiture et même à pied, lorsque ses crises nerveuses, étant redevenues un peu plus fréquentes, elle consulta le bandagiste qui lui appliqua le 16 août 1875 un pessaire à air Gariel, qu'elle gar-

dait continuellement et que l'on renouvelait tous les mois. Un écoulement vaginal très-abondant en fut la conséquence; et de très-vives douleurs se manifestèrent dans le ventre. Au bout de six mois, vaincue par la douleur, elle consulta le Dr Vauquelin, qui trouva de la fièvre hectique, le ventre ballonné, toute la portion sous-ombilicale de l'abdomen indurée, surtout au niveau des fosses iliaques, enfin un énorme abcès s'ouvrit dans le rectum, et trois verres de pus s'écoulèrent par cette voie. Les crises nerveuses étaient guéries ; mais malgré un traitement approprié, et la suppression du pessaire, la malade succombait trois mois après, épuisée par la suppuration et par la douleur.

Dans cette observation il est de toute évidence que les accidents inflammatoires ont été déterminés par l'application trop prolongée et sans mesure des pessaires. Toutefois il résulte de ces faits un enseignement qui a son importance : c'est que les pessaires Gariel, si souples et si inoffensifs en apparence, doivent être dans leur application surveillés comme les autres. (Séance du 8 nov. 1876. *Bull. de la Soc. de chir.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Indépendance possible de l'ovulation et de la menstruation.

M. DE SINÉTY cite quelques faits relatifs à l'indépendance possible de l'ovulation et de la menstruation. Le principal est celui d'une jeune hystérique morte en juillet dernier dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière, et chez laquelle les accès étaient arrêtés par la compression de l'ovaire droit. Elle avait été réglée à 13 ans à peu près régulièrement, et, pour la dernière fois, deux mois avant la mort. A l'autopsie, on trouva une muqueuse utérine présentant les caractères de cet organe à l'époque menstruelle, c'est-à-dire boursoufflement, vascularité exagérée, hypertrophie des glandes et infiltration, soit de globules blancs, soit de granulations. Les ovaires étaient un peu asymétriques comme situation. Des coupes y ont été pratiquées successivement dans toute leur étendue, et dans aucun point on n'a rencontré ni corps jaunes, ni cicatrices, ni follicules de de Graaf à aucun degré de développement. Il faut en conclure que cette malade, bien que menstruée, n'a jamais eu d'ovulation. De plus, à l'ovaire droit était annexée une petite tumeur qui fera l'objet d'une communication prochaine. M. de Sinéty rapporte encore cet autre fait d'une phthisique non réglée depuis six mois, et chez laquelle l'autopsie révéla la présence d'un corps jaune superbe. Il rappelle encore que dans un grand nombre d'ovariotomies, où les deux ovaires ont été

enlevés, et notamment dans une récente opération faite par M. Terrier, les règles sont revenues avec tous les symptômes habituels.

M. de Sinéty a cité ces faits pour confirmer cette notion que l'ovulation et la menstruation, qui semblent habituellement concomitants, peuvent, dans certains cas, s'établir d'une façon indépendante.

M. Gubler confirme cette manière de voir, qui tend à se généraliser, et à l'appui de laquelle il a publié autrefois un travail sur les *Epistaxis utérines*. (*Séance du 2 décembre.*)

Ovaire surnuméraire. — M. de Sinety a constaté l'existence d'un petit ovaire surnuméraire. Il s'agit de la petite tumeur annexée à l'ovaire droit de l'hystérique qui a été l'objet de sa dernière communication. Elle était située à 1 cent. de l'extrémité de l'ovaire, entre cet organe et le pavillon de la trompe. Sur des coupes examinées à un faible grossissement, elle ressemble absolument à un ovaire de fœtus nouveau-né. Sur divers points, vers la périphérie, on trouve deux ou trois petites cavités hémisphériques contenant de petites granulations et présentant l'aspect de follicules de de Graaf avec leurs ovules. A un plus fort grossissement, cela ressemblait à un ovaire adulte, avec cette différence que l'épithélium, au lieu d'être cylindrique et un peu allongé, est à cils vibratiles. On l'a rencontré dans les prolongements en doigt de gant et aussi dans les quelques follicules signalés.

Déformations du crâne par l'accouchement. — M. Budin expose certains états du crâne au moment de la naissance et quelques jours après. Dans la majorité des cas, où la tête s'est engagée dans la flexion, on a constaté une certaine déformation de la tête, qui se trouve allongée en poire, suivant le diamètre occipito-mentonnier. Puis, après 24 ou 48 heures, on trouve que la tête a repris sa forme normale. Lorsqu'au contraire la tête s'est engagée défléchie, ce qui arrive dans les présentations de la face, la déformation est différente : ce n'est plus une élongation, c'est un aplatissement de haut en bas qui se produit, déformation qui disparaît également après un ou deux jours.

A l'instigation de M. Tarnier, M. Budin a fait à la Maternité un certain nombre de recherches pour savoir quelles sont les conditions anatomiques qui permettent ces déformations. Sur des crânes, dont les pariétaux ont été enlevés, on trouve que la pointe de l'occipital jouit d'une très-grande mobilité, et que cet os se meut grâce à une charnière fibro-cartilagineuse. Une mobilité semblable existe du côté du frontal. Il en résulte que la pointe occipitale et la partie postérieure du frontal s'engagent dans ces mouvements de bascule en s'abaissant sous les pariétaux, et peuvent déterminer des déformations variables.

En résumé : déformations crâniennes spéciales expliquées par les conditions anatomiques, expansion consécutive du crâne, tels sont

les phénomènes d'adaptation que subit le crâne pour traverser le canal pelvien. (*Séance du 9 décembre 1876*).

Dr E. Hottenier.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Hermaphrodisme bisexuel. — M. Lutaud communique une observation d'hermaphrodisme qui n'avait pas encore été publiée en France. Il s'agit d'un individu atteint d'un *hermaphrodisme latéral vrai*, qui a été examiné en Allemagne par un grand nombre de savants, et plus récemment en Amérique par M. Paul Mundé, qui en a publié l'observation dans l'*Américan journal of obstetrics.*

Elle est née en 1824, en Franconie; elle a passé les 40 premières années de sa vie en Allemagne, avec un état civil féminin. Elle fut réglée pour la première fois à l'âge de 19 ans, et la menstruation se continua régulièrement pendant 20 ans. Elle eut, pendant toute cette période menstruelle, des rapports sexuels avec un individu avec lequel elle vécut en concubinage. Vers l'âge de 36 ans, elle ressentit un penchant particulier pour le sexe féminin, et pendant une tentative de coït qu'elle fit sur une de ses compagnes, elle eut une véritable éjaculation de sperme. C'est à cette époque qu'elle fut visitée, à Wursbourg, par Vogt, et qu'on constata la présence de spermatozoïdes dans le liquide éjaculé. L'examen anatomique fut pratiqué à Wursbourg, à Iéna, à Heidelberg, et l'on constata l'état suivant :

Les organes génitaux externes se rapprochent du type masculin. Ils consistent en un pénis de 4 centimètres, incurvé en bas, et fixé par deux replis muqueux, à la manière des hypospades. Ce pénis n'est pas perforé et ressemble, par ses dimensions et sa forme, à un clitoris très-développé. L'urèthre s'ouvre à la partie moyenne de la face inférieure du pénis; il est très-dilatable et admet très-facilement une grosse-sonde d'homme. Au-dessous se trouve une fente située sur la ligne médiane, se terminant en cul-de-sac, et constituant un rudiment de vulve ; au-dessous du pénis, on remarque un scrotum bifide dans lequel on trouve, à droite, un testicule bien développé, et à gauche une tumeur lobulaire et molle qu'on pourrait considérer comme un testicule rudimentaire et atrophié. L'examen des organes internes a été fait avec le plus grand soin par les professeurs allemands et a été l'objet de quelques discussions. Cependant, d'après l'examen si complet du professeur Schultze, d'Iéna, on peut admettre comme bien constaté l'état suivant : l'urèthre, qu'on peut

désigner, dans ce cas, sous le nom de canal uro-génital, a une profondeur d'environ 7 centimètres et conduit directement dans la vessie ; il est très-dilatable et présente, près du col de la vessie, un petit diverticulum de 15 millimètres de longueur, qui se termine par un renflement qui ne saurait être autre chose qu'un utérus rudimentaire. Le toucher rectal permet, en outre, de sentir à gauche de ce rudiment d'utérus une autre tumeur cylindrique de 2 centimètres de longueur et rattachée à la première par une expansion membraneuse ayant toutes les apparences d'un ligament large. Cette seconde tumeur mobile cylindrique, rattachée à l'utérus, ne pouvait être autre chose qu'un ovaire. Telle est du moins l'opinion de Schultze et de Olshausen, qui, ayant examiné Catherine quelques mois plus tard, sont arrivés aux mêmes conclusions. Les autres parties du corps se rapprochent plutôt du type masculin, à part les mamelles, qui sont très-développées, et l'absence de poils sur le visage. Catherine a l'aspect extérieur d'un homme : poitrine large, système musculaire très-développé ; le larynx, le thorax et le bassin présentent les caractères du sexe masculin.

Telles sont les particularités anatomiques que présentait Catherine il y a environ dix ans, lorsqu'elle fut examinée par Scawzoni, Virchow, Schultze. L'autorité de ces patholgistes est suffisante pour garantir l'authenticité des détails que nous avons rapportés.

Mais c'est surtout la partie physiologique de cette observation qui présente un grand intérêt. Ainsi, nous sommes en présence d'un individu qui a été réglé pendant vingt ans et a pu remplir, imparfaitement, il est vrai, le rôle de la femme dans l'acte copulateur. Ce même individu, porteur d'un appareil génital masculin, a pu également, pendant de longues années, et peut encore aujourd'hui, accomplir un coït régulier suivi d'éjaculation. Il y a donc là, à n'en pas douter, un exemple d'hermaphrodisme bisexuel. Les fonctions menstruelles cessèrent complètement en 1872, alors que Catherine était âgée de 44 ans. Étant alors éclairée sur sa conformation sexuelle, et n'ayant plus rien qui la rattachât au sexe féminin, elle quitta les vêtements de femme et prit le nom de Karl. Ayant épuisé l'intérêt et la curiosité de l'Allemagne savante, Karl partit pour l'Amérique, où il épousa une jeune fille, à qui sans doute il avait dissimulé la difformité de ses organes sexuels. Elle fut examinée pour la dernière fois, en 1875 à New-York, par M. Paul Mundé, qui constata la même disposition anatomique qui avait été signalée en Allemagne (*Séance du 4 décembre* 1876).

NEW-YORK ACADEMY OF MÉDICINE.

De l'incision et de la discision du col de l'utérus (1).

Le Dr Peaslee donne lecture à la Société d'un travail dans lequel il décrit successivement l'incision du col utérin imaginée par Simpson, la discision telle que l'a pratiquée Sims, l'opération qu'il fait lui-même, et enfin les effets immédiats ou éloignés de ces trois méthodes.

On comprend sous le nom d'incision une simple entaille faite dans l'épaisseur de la substance, tandis que la discision intéresse la plus grande partie ou même la totalité du col.

Le Dr Peaslee se sert de la dénomination générale de *trachélotomie*, et sous ce titre il étudie les divers modes, les usages, les abus et la valeur réelle de l'opération ; puis il rend compte de son procédé qui va au devant, dit-il, des objections élevées contre les opérations dont Simpson et Sims sont les inventeurs.

Tant que l'on emploiera la trachélotomie dans le traitement de la constriction du col, on devra toujours employer la méthode la moins sujette aux critiques. Jusqu'ici celles qui faisaient autorité c'étaient : 1° celle de Simpson, ou l'incision profonde du col ; 2° celle de Sims, ou la discision ; 3° il y ajoute son procédé, ou l'incision superficielle.

En premier lieu, le professeur Simpson, obéissant à l'idée qu'on rencontre souvent de la constriction à l'orifice interne du col, imagina un métrotome qui lui servit à lever l'obstacle au moyen d'incisions. Plus tard le Dr Greenhalgh fit construire dans le même but un autre instrument dont les incisions étaient plus régulières, mais aussi plus profondes, ce qu'on lui reprocha beaucoup. On adopta avec ardeur l'opération de Simpson, tout en préférant l'instrument de Greenhalgh. La pratique de cette opération devint même si commune, qu'on l'appliqua à des cas où la constriction n'existait pas.

Ici le Dr Peaslee se met à étudier les effets immédiats et éloignés de l'incision du col utérin ; tout d'abord il déclare que cette opération modifie la forme, la longueur et les rapports de la cavité du col comparé à la cavité du corps. Dans certains cas malheureux, et dans un grand nombre d'autres encore, il s'est déclaré des hémorrhagies graves ; d'autres fois, on a eu affaire à des cellulites pelviennes ou à des péritonites septiques suivies de mort. Encore le Dr Peaslee s'étonna-t-il que cette terminaison n'ait pas été plus fréquente. En

(1) Extrait du *New-York médical Record*, 24 juin 1876.

effet, avec l'instrument de Greenhalgh, de petites incisions portaient sur plus de la moitié de l'épaisseur de l'organe, tandis que les incisions plus profondes arrivaient si près du péritoine qu'un faux mouvement ou une épaisseur des tissus moins grande qu'à l'état normal pouvaient laisser intéresser la cavité de la séreuse.

Dans tous les cas où l'opération a été complète, il y a eu de grandes modifications dans la forme et la grandeur des cavités du corps et du col : celles-ci, au lieu de ressembler à un sablier aplati, dont le point de constriction réside à l'orifice interne, offrent l'aspect d'une bouteille dont le culot aurait été violemment chassé en dehors.

Une semblable cavité peut recevoir le liquide menstruel par en haut, le fluide séminal par en bas; mais elle est impuissante à les retenir. D'après Sims, dit le Dr Peaslee, dans cette opération on coupe trop loin; mais on peut retourner l'objection à la méthode de Sims. Les dangers immédiats sont donc l'hémorrhagie, la cellulite pelvienne, la péritonite septique, et, malgré les promesses, on n'a publié aucune statistique sur ces accidents immédiats.

Puis le Dr Peaslee rappelle les critiques de Barnes à l'endroit de l'instrument de Greenhalgh, et il fait l'historique d'un cas dans lequel Simpson a opéré pour remédier à la stérilité, malgré l'absence de constriction, et où il eut une hémorrhagie de la plus haute gravité.

Il ne faut pas non plus négliger de signaler les effets éloignés. En admettant que la dysménorrhée dépende d'un état de constriction, que peut-on attendre, au point de vue d'une grossesse utérine, d'un organe aussi estropié? Il ne saurait retenir le liquide séminal, et, à supposer que la conception eût lieu, on aurait à craindre pour la grossesse une terminaison prématurée. Le docteur assure qu'il est rare, dans ce cas, de voir des conceptions, et que lorsque celles-ci se produisent, c'est l'avortement qui est la règle. Si les bords de l'incision se réunissent, la malade n'est pas mieux après qu'avant l'opération, parce qu'il se forme un tissu de cicatrice plus ou moins dur et plus ou moins abondant; malgré le soulagement qui se produit parfois au point de vue de la dysménorrhée, il n'en est pas moins vrai que la malade voit diminuer ses chances de conception et de grossesse menée jusqu'à terme. Sims a objecté à la méthode de Simpson le renversement des lèvres du col; mais on peut lui faire les mêmes reproches.

En conséquence, il ne faut pas pratiquer l'incision profonde pour combattre la stérilité, puisqu'on s'oppose ainsi à la conception et qu'on provoque l'avortement. D'un autre côté, si l'on soulage ou qu'on guérisse de cette façon la dysménorrhée causée par la constriction, on peut également, dans le cas où l'incision se cicatrise, augmenter l'infirmité que l'on désirait soulager par l'opération.

Le Dr Peaslee rejette cette méthode de traitement de dysmé-

norrhée, même quand celle-ci dépend d'une constriction, et il condamne du même coup le métrotome de Greeunhalgh. L'instrument de Simpson peut servir à inciser le col dans les cas où se présentent des fibromes utérins qui réclament une extraction; dans aucune autre circonstance, on ne doit en conseiller l'usage.

En second lieu, il appelle l'attention sur la discision du col de l'utérus, ou opération de Sims. Pratiquée pour la première fois en janvier 1857, elle consiste à diviser complètement avec des ciseaux les parois du col de chaque côté; puis on introduit, dans la cavité de l'utérus, un bistouri à lame mince, ou incise l'orifice interne autant qu'on le juge à propos, et l'on dilate ainsi une partie du canal que les ciseaux avaient respectée. Le Dr Peaslee reproche à l'opération de Sims de supprimer entièrement l'action particulière du col, et de modifier la forme, la longueur et les usages de la cavité utérine. Les effets immédiats consistent donc en des modifications dans la forme et la longueur du conduit utérin, des hémorrhagies le plus souvent sérieuses, du phlegmon pelvien, de la péritonite septique, le plus ordinairement mortelle. La division absolue du col utérin jusqu'à sa jonction avec le corps rend cette opération encore plus dangereuse que celle de Sims au point de vue de l'hémorrhagie. Le Dr Peaslee a eu connaissance de quatre cas de mort par hémorrhagie après l'opération de Sims, et il estime que le phlegmon et la péritonite sont plus communs qu'après l'incision de Simpson, parce qu'on a de plus grandes surfaces d'absorption des produits septiques. Il affirme que si l'on avait publié tous les cas dont la terminaison a été fatale, la liste en serait effrayante, et c'est à peine si l'on pourrait y trouver la nécessité qui a ainsi fait mettre en danger un si grand nombre d'existences. En outre, il a fait choix de deux cas où l'opération a eu lieu, dans quel but, il ne saurait le dire. En effet, dans la première observation, on avait affaire à une vieille fille de plus de cinquante ans, non dysménorrhéique, et il est difficile de croire qu'on avait opéré pour remédier à la stérilité. Dans la seconde, point de dysménorrhée ni de constriction du conduit cervical; on ne pouvait accuser la stérilité car la femme n'était mariée que depuis cinq mois.

On ne saurait expliquer de pareils faits que par la manie qui gagne les opérateurs de faire telle ou telle opération. Les modifications apportées par l'opération de Sims soulagent d'ordinaire la dysménorrhée due à la constriction; mais il est probable qu'elles empêchent la conception, et que, si l'imprégnation s'est faite malgré cela, elles entraînent presque assurément l'avortement. Le Dr Peaslee affirme avec énergie que, lorsqu'on rencontre de pareilles incisions, on ne saurait les traiter trop autrement que des ruptures du col produites pendant l'accouchement, c'est-à-dire par une réunion aussi hâtive que possible. On a fait remarquer que la discision a été appliquée à la cure

radicale des déviations utérines : mais opérer ainsi dans un tel but serait la même chose que si l'on incisait le sphincter anal pour remédier à une constriction qui porterait sur le côlon. Le seul résultat de cette méthode dans un cas de déviation de l'utérus serait de diminuer la congestion, résultat qu'on obtiendrait d'une manière bien plus sûre en appliquant une demi-douzaine de sangsues.

Le Dr Peaslee fait alors allusion à l'incision sagittale préconisée par Sims dans les cas d'antéflexion, et mise sur le compte de Barnes. Elle consiste à entrainer la paroi postérieure du col aussi en bas et en arrière que possible, puis à la sectionner dans sa partie vaginale; puis on porte un bistouri dans la cavité utérine, et l'on a soin de sectionner suivant la direction de l'axe de cette cavité.

Si cette opération avait tenu toutes ses promesses, il y avait un meilleur moyen de l'exécuter, dit le Dr Peaslee; il ajoute que malheureusement, dans l'antéflexion, elle est impossible; on ne l'a jamais faite, on ne la fera jamais. Il y a également des objections insurmontables contre l'opération pratiquée pour des déplacements; car, si l'on pouvait la faire, elle montrerait bien qu'on ignore la première indication du traitement de ces déplacements, qui est de rendre à l'utérus sa situation naturelle. Une incision, faite selon les préceptes que nous avons indiqués, ne changerait rien à la position anormale de l'organe. En outre, une incision n'atteindrait nullement là le but qu'on se propose, parce que, dans cette position de l'utérus, elle deviendrait impossible à pratiquer. En effet, l'axe de la cavité du col fait un angle de 165 c. avec celui de la cavité du corps, et, dans la situation normale de l'organe, l'axe de la cavité du corps continué tombe dans l'épaisseur de la paroi cervicale près de sa réunion avec le vagin. Supposons maintenant que le corps de l'utérus s'incline un peu en avant, alors la ligne de l'incision, qui serait une continuation de l'axe du corps pénétrant infailliblement dans la cavité péritonéale. Dans le second et le troisième degré de l'antéflexion, cette ligne ne se trouverait plus dans le vagin ; bien plus, dans le troisième degré, du moins, on la rencontrerait aux environs de l'ombilic de la femme.

Dans tous les cas de flexion ou de courbure du col, l'opération est praticable, et bien à sa place pour tenter une amélioration. Mais on doit la réserver pour ces cas de flexion et de courbure, et ne jamais l'essayer contre l'antéflexion ; dans cette dernière circonstance, on n'a jamais pu tenter de la pratiquer.

Le Dr Peaslee indique alors les diagrammes qui ont paru depuis dix ans dans presque tous les traités de maladies des femmes, et contre lesquels personne n'a protesté. On peut consulter à ce sujet la dernière édition du livre de Gaillard Thomas, aux pages 412 et 413. D'après sa propre expérience, le Dr Peaslee n'hésite pas à qualifier ces diagrammes de visions et de tromperies.

Si maintenant on considère la discision comme un moyen de remédier à la stérilité et à la dysménorrhée, le docteur la rejette loin de lui. Il ne connaît pas d'autre état où elle soit utile que la sortie des fibromes, et, dans ce cas, une incision unilatérale suffit. Nous n'avons aucune statistique sur la réussite de l'opération de Sims uniquement contre la stérilité.

L'incision profonde et la discision complète du col utérin s'accompagnent donc d'un certain nombre d'éventualités dangereuses immédiates, et sont suivies de conséquences éloignées qui nuiront à la fonction de reproduction chez la femme. Telles sont les hémorrhagies graves, parfois mortelles, le phlegmon pelvien, la péritonite septique, la stérilité et l'avortement.

Les risques et ces effets reconnaissent tous pour cause la division si profonde des parois du col, et par suite l'augmentation de volume de sa cavité ; la seule compensation que l'on ait à tous ces maux c'est d'améliorer ou de guérir la dysménorrhée, quand celle-ci est sous la dépendance d'un état de constriction.

En troisième lieu, voici le moment de se poser la question de savoir si, tout en évitant ces énormes incisions et les risques qu'elles font courir, on peut faire disparaître néanmoins l'état qui prédispose à la stérilité et à la dysménorrhée.

Pour répondre à cette question, il faut étudier le calibre du canal cervical et fixer les conditions nécessaires au soulagement de la dysménorrhée et à la production de la conception.

On admet généralement qu'à l'état normal, chez la femme nullipare, le canal cervical a un diamètre de trois millimètres et demi à son orifice supérieur et de cinq millimètres à son orifice externe. Le calibre plus considérable de l'orifice externe est en rapport avec la conception et ne saurait avoir aucune influence sur la dysménorrhée, puisque l'écoulement menstruel qui a franchi l'orifice interne ne saurait trouver d'obstacle au niveau de l'orifice externe, lequel est d'un calibre supérieur.

Chez la femme qui a eu des enfants, l'orifice interne a deux fois le calibre de celui de la femme nullipare ; il a un diamètre d'à peu près cinq millimètres, tandis que l'orifice externe, augmenté dans les proportions, atteint un calibre de sept millimètres et demi.

Si donc, on rencontrait ces dimensions chez une femme, on serait assuré de n'avoir à craindre pour elle ni stérilité, ni dysménorrhée. Il s'agit alors, pour en arriver là, de faire, à droite et à gauche, une incision de huit dixièmes de millimètre à l'orifice interne et d'un millimètre à l'orifice externe pour convertir des orifices de vierge en ceux d'une femme qui a accouché. Au point de vue pratique, on a conseillé, dans certains cas, d'inciser un peu au delà ; mais, sauf les cas de congestion, lap rofondeur de l'entaille parait suffisante à M. Peaslee.

Pour son compte, afin d'assurer la dilatation requise du canal cervical et de l'orifice interne, le Dr Peaslee avait soin, dans les cas de constriction légère et de non-rigidité du col, d'introduire une série de dilatateurs coniques en acier. Mais, depuis dix ans environ, il a imaginé un procédé plus expéditif et moins douloureux que la dilatation, en même temps qu'il fait courir moins de dangers que l'opération de Simpson ou celle de Sims. Il s'est borné à faire une incision superficielle pour supprimer la constriction du canal cervical, et les règles qu'on a à suivre figurent dans les propositions que voici :

En ce qui regarde l'orifice interne,

1° Lorsqu'une sonde d'un diamètre de cinq millimètres passe avec facilité, il n'y a point de constriction, et partant pas d'incision à faire. Tel est en effet le calibre du plus volumineux dilatateur et de la plus grosse sonde du Dr Peaslee.

2° Si l'on peut faire passer une sonde d'un diamètre de quatre millimètres, on n'est pas absolument tenu d'inciser pour remédier à la constriction. Mais, s'il y a rétention des liquides, on peut inciser.

3° Si la sonde de trois millimètres et demi vient à passer, sans donner la notion d'un étranglement, l'incision n'est pas nécessaire.

4° Si l'on ne parvient pas à introduire une sonde du calibre de trois millimètres, il y a une constriction ou, plus probablement, une flexion de l'organe. Il s'agit donc, avant d'opérer, de s'assurer que la constriction de l'orifice interne n'est point due à une flexion.

En ce qui regarde l'orifice externe,

5° Si l'on fait passer une sonde de cinq millimètres, il n'y a pas de constriction. Mais lorsqu'il existe une congestion de la muqueuse du col, on peut craindre un certain resserrement, surtout au point de vue de la conception, et il peut devenir nécessaire d'opérer.

6° Si l'orifice externe ne laisse passer qu'une sonde de quatre millimètres, il y a constriction, et l'opération devient nécessaire au moins pour la conception.

7° Lorsqu'on vient à opérer, il importe de conserver autant que possible l'aspect fusiforme du canal.

Le Dr Peaslee exhibe alors le métrotome qu'il a imaginé pour l'opération dont il s'agit.

L'incision ne doit pas dépasser la moyenne des dimensions normales trouvées chez une nullipare. Dans les cas compliqués de congestion, on pourrait étendre l'incision jusqu'à cinq millimètres pour l'orifice interne, et jusqu'à huit millimètres pour l'orifice externe. L'opération du Dr Peaslee est donc essentiellement superficielle. Il la pratique au moins quatre jours avant ou six jours après la période menstruelle ; il emploie de préférence la lame la plus mince ; car il peut augmenter à volonté le calibre avec ses dilatateurs, et en outre la tendance des bords de l'incision à se réunir est moins grande

Point n'est besoin d'une anesthésique ; rarement l'hémorrhagie a excédé trois ou quatre grammes. L'auteur n'a jamais entendu parler ni de phlegmon pelvien, ni de péritonite à la suite de l'opération, ce qu'il attribue au soin qu'il prend de ne jamais intéresser toute l'épaisseur du col. Il a maintenant un total de trois cents opérations. Il garde la malade au lit pendant deux ou trois jours et ne la laisse point sortir avant une semaine.

Parfois il faut recommencer l'opération ; mais toutes les fois que le cas s'est présenté, c'est qu'il y avait eu emploi des procédés de Simpson et de Sims, et que les incisions s'étaient réunies. Le tissu de cicatrice était alors si dur qu'il fallait revenir à l'incision. Jamais l'auteur n'a vu l'opération suivie de stérilité ou de fausses couches, comme dans les autres méthodes ; souvent il a ainsi détruit la stérilité et la dysménorrhée causée par la constriction. Il y a donc là un procédé qui réunit tous les avantages, sans avoir les inconvénients des autres opérations. En terminant, le Dr Peaslee conclut qu'on doit rejeter à la fois les méthodes de Simpson et de Sims pour le traitement de la stérilité et de la dysménorrhée ; il faut avoir recours à quelque chose de meilleur ; peut-être sa propre méthode pourra-t-elle mettre sur la voie d'autres travaux.

La discussion de ce mémoire étant ouverte, le Dr Fordyce Barker fait remarquer qu'il y a déjà longtemps qu'on a discuté ce sujet et que l'on devrait connaître l'opinion des principaux gynécologistes de New-York. Il y a là une excuse à bien des reproches adressés au corps médical que l'on a accusé de trouver dans la division du col utérin une panacée contre toutes les affections utérines, et non seulement pour la cure d'affections locales, mais même pour la thérapeutique de l'hystérie, de la nymphomanie et autres maladies du même genre.

Il est hors de doute que, dans certains cas, l'opération est nécessaire ; mais, le plus souvent et en règle générale, elle est superflue. Il y a vingt ans environ que Simpson a montré son hystérotome au Dr Barker ; les deux premières opérations qu'il fit furent suivies de conceptions, et les deux enfants naquirent à terme. Douze femmes furent ensuite guéries de la dysménorrhée, mais la stérilité persista. Depuis lors, le docteur a toujours noté avec soin l'opinion de ses confrères sur ce point, il a lui-même constaté les dangers extrêmes qu'a fait courir parfois la perte du sang, et il a pu par lui-même vérifier l'exactitude des assertions du Dr Peaslee sur l'inutilité fréquente de ces opérations.

Elles n'ont véritablement leur raison d'être appliquées qu'au traitement de la constriction, congénitale ou acquise. La constriction acquise peut tenir à un déplacement ; mais il est des cas de déplacement que n'accompagne ni stérilité ni hémorrhagie. Malgré l'inuti-

lité d'un traitement dans ce cas, beaucoup de malades ont néanmoins subi l'opération. Il cite l'observation d'une malade qui a déjà eu plusieurs fausses couches depuis qu'elle a été opérée. Comme conclusion, le Dr Barker fait remarquer qu'il n'a jamais fait une seule opération de ce genre dans toute sa pratique nosocomiale, mais que, dans sa clientèle privée, il a eu quelques rares occasions de la pratiquer.

Le Dr Emmet se rallie aux opinions énoncées dans le mémoire et aux remarques du Dr Barker ; toutefois il croit l'opération possible dans certains cas de flexion et de courbure du col.

Le Dr Pallen pense au contraire que l'opération se justifie d'elle-même et qu'on doit la pratiquer beaucoup plus souvent qu'on pourrait le croire d'après le travail du Dr Peaslee (*Séance du 1er juin 1876*).

TRADUIT DE L'ANGLAIS PAR LE Dr EDOUARD LABARRAQUE.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Sur le Mécanisme de l'accouchement normal et pathologique et Recherches sur l'insertion vicieuse du Placenta, les déchirures du Périnée, etc., par S. MATHEWS DUNCAN, Président de la Société obstétricale d'Edimbourg. Traduit par le Dr BUDIN, ancien interne de la Maternité (1).

Depuis l'époque où nos frontières, au point de vue politique, ont été resserrées, au point de vue obstétrical elles ne cessent de s'étendre, car nous considérons pour notre part comme de véritables conquêtes le contingent que nous fournit chaque année, depuis 1872.

En effet, 1873 nous donna les leçons de Barnes sur les opérations obstétricales :

1874, les œuvres choisies de Simpson ;

1875, le Manuel d'accouchement de C. Schröder ;

1876, le livre de M. Duncan que nous avons à analyser.

Rien n'est plus salutaire, croyons-nous, pour les progrès de l'École obstétricale française que la connaissance de ces ouvrages étrangers.

Nous sommes alors à même de constater, quelquefois avec stupéfaction, combien il nous est nécessaire de travailler certaines ques-

---

(1) Chez Octave Doin, libraire-éditeur, 2, rue Antoine-Dubois.

tions, mais parfois aussi, nous l'avouerons avec un certain sentiment d'orgueil, combien il reste aux autres à apprendre.

Dans tous les cas, nous puisons dans la lecture de ces recueils des forces nouvelles, qui ne peuvent qu'accroître l'amour de notre science déjà si développé, grâce aux leçons de nos maîtres.

Et pour prouver combien nous sommes dans le vrai, nous n'avons qu'à regarder au bas des préfaces qui précèdent le livre de Barnes et celui de M. Duncan ; l'une est signée : Professeur Pajot; l'autre : Tarnier, chirurgien en chef de la Maternité de Paris.

Les Mémoires que M. Duncan a rassemblés dans le volume intitulé : *Contributions to themechanism of natural and morbid parturition* constituent un genre didactique particulier. L'auteur s'adresse à un public qui doit être déjà instruit dans l'art des accouchements.

Presque tous ces mémoires ont été lus devant des sociétés savantes : Société royale de médecine; Société obstétricale d'Edimbourg, etc.

Nous sommes obligé de reconnaître que les accoucheurs anglais ont de bien grands avantages sur nous, car si d'une part ils sont à même de mieux étudier les lésions de la vulve et du périnée par suite de la situation (décubitus latéral gauche) que prennent les femmes anglaises pour accoucher, ainsi que le constate Tarnier (1), d'autre part nous recherchons en vain où M. Duncan aurait pu exposer ses idées sur le mouvement synclitique de la tête du fœtus si le hasard l'avait fait naître Français.

Il nous est impossible de présenter au lecteur chaque chapitre en l'analysant; nous ne mentionnerons que les principaux : cela suffira amplement à démontrer l'importance de cette publication.

C'est surtout après avoir lu le chapitre premier : Sur la marche que suit dans ses progrès la science de l'accouchement, qu'on reconnaîtra le digne successeur et émule de Simpson.

Dans ce discours préliminaire, dit Tarnier (2), où à la hauteur des pensées vient se joindre un style imagé qu'on n'est pas étonné de trouver dans les écrits d'un compatriote de Walter Scott, l'auteur examine à un point de vue philosophique les progrès de l'obstétrique qu'il venge du dédain avec lequel elle est parfois traitée par ses sœurs aînées, la Médecine et la Chirurgie : « Bien des parties de la « Médecine sont regardées comme scientifiques tandis qu'elles ne « possèdent aucune science édifiée, ni rien d'aussi avancé que cette « partie de la science obstétricale que je viens de décrire » (l'accouchement normal).

Dans le mécanisme de l'accouchement, M. Duncan étudie surtout

(1) Voyez préface, page 15.
(2) *Loco citato*.

l'un des trois facteurs : la force mise en jeu pour expulser le produit de conception et ses annexes.

Certainement ses récherches sont fort originales; elles mettent en relief toutes les ressources d'un esprit ingénieux et critique, et tendent à combler une lacune. Mais, n'en déplaise à l'auteur, l'*accommodation* telle qu'elle a été décrite et qu'elle est enseignée par le professeur Pajot constitue au point de vue scientifique comme au point de vue pratique un des plus grands progrès de l'obstétrique. Ce n'est pas seulement *un coin* du tableau qu'a décrit notre grand maître, et si M. Duncan, qui, nous en sommes bien convaincu, n'a pas voulu attaquer le professeur Pajot puisqu'il ne le cite même pas, avait lu l'article Phénomènes mécaniques de l'accouchement (1), il n'aurait probablement pas écrit: «Le mécanisme de l'accouchement est une grande idée, mais avant qu'il puisse servir de titre à un volume ou à un chapitre il se passera encore longtemps » (2).

Nous en sommes bien sûr, il se serait montré d'humeur plus... accommodante et aurait reconnu que le passage du fœtus à travers la félure pelvienne tel qu'il nous est décrit par nos maîtres ne ressemble guère au passage d'un train sur les rails (3).

Cette réserve établie, il ne nous reste plus qu'à louer et l'auteur et l'ouvrage.

Le chapitre sur la résistance *que le fœtus à terme offre aux tractions* est dès plus intéressants et vient confirmer les résultats annoncés par le professeur Pajot dans sa thèse d'agrégation.

Les changements qui surviennent du côté du col de l'utérus pendant l'accouchement sont bien étudiés et éclairent nombre de questions relatives à la délivrance artificielle, aux ruptures de l'utérus et du vagin, aux contractions spasmodiques et irrégulières de l'utérus, etc.

Enfin nous citerons les nombreux chapitres qui ont trait à l'hémorrhagie qui survient pendant la grossesse et pendant l'accouchement dans les cas de placenta prævia; au mécanisme qui produit la cessation de l'hémorrhagie dans ces mêmes cas, etc.

Tous les accoucheurs doivent lire ces différents mémoires, et quant à nous, nous sommes particulièrement reconnaissant à l'auteur d'avoir consacré à l'étude de cet accident toujours si redoutable un aussi grand nombre de pages.

En terminant, nous adressons au traducteur, le Dr Budin, nos plus vifs remercîments.

En lisant et relisant sa traduction, nous nous sommes rendu

---

(1) In dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

(2) Page 14.

(3) Page 14.

compte des difficultés qu'il a été obligé de vaincre avant de pouvoir, tout en restant fidèle traducteur, franciser le livre qu'il vient d'offrir aux accoucheurs français.

Dr A. PINARD,
Ancien chef de clinique d'accouchement à la Faculté.

Transactions of the Edinburgh obstetrical Society. (Compte-rendu des travaux de la Société obstétricale d'Édimbourg pendant les années 1871-72 et 1873-74. Edimbourg 1875, chez Maclachlan et Stewart.)

Les trois grandes capitales de l'Angleterre possèdent aujourd'hui des sociétés savantes qui s'occupent exclusivement d'obstétrique et de gynécologie, tandis que la France, où ces branches de l'art médical sont cultivées par tant d'hommes éminents, ne possède aucune Société spéciale. Il y a là une lacune regrettable que nous signalons dans l'espoir de la voir bientôt combler.

La plus ancienne des trois Sociétés anglaises est celle d'Edimbourg, dont la création remonte à plus de quarante ans et qui a compté parmi ses membres un grand nombre d'obstétriciens illustres. Si nous en jugeons par le compte-rendu que nous avons sous les yeux, les deux dernières sessions de cette Société, présidées par MM. Thompson et Mathews Duncan, ont été remarquables par le nombre et l'importance des travaux originaux, et plus de 70 mémoires ont été présentés.

Avant d'entrer dans quelques détails analytiques sur ces mémoires, nous signalerons l'ordre dans lequel ils ont été distribués dans ce volume des *Transactions*. Le plus souvent les publications des Sociétés savantes rendent compte des travaux en suivant l'ordre chronologique dans lequel ils ont été présentés: le Conseil de la Société obstétricale a voulu rompre avec la tradition et a fait classer les mémoires d'après une méthode des plus scientifiques. C'est ainsi que nous trouvons une première section qui comprend les travaux relatifs à la grossesse avant et après la délivrance ; dans une seconde, les travaux qui se rattachent aux instruments et aux opérations obstétricales; une troisième section est consacrée aux maladies des femmes hors l'état de grossesse, et une quatrième aux maladies des enfants. Nous allons rapidement passer en revue quelques-uns de ces travaux.

Dans un mémoire très-original, le Dr CHARLES BELL, étudie les *causes et la nature de la fièvre puerpérale* et assimile cette affection aux autres maladies infectieuses, particulièrement à l'érysipèle. Cette manière de voir permet à l'auteur de formuler un traitement très-rationnel

qui se rapproche de celui de l'érysipèle : antiphlogistiques, purgatifs, emploi du perchlorure de fer à l'intérieur et en lotions, injections vaginales avec une solution de permanganate de potasse, tel est le traitement fort simple dont M. Bell assure avoir obtenu des résultats inespérés.

Nous trouvons ensuite une note intéressante de M. Matthews Duncan sur *l'intervalle qui sépare les naissances chez les animaux pluripares*. La pathologie et la physiologie comparée, dit M. Duncan, nous fournissent des indications qu'on ne saurait négliger, pas plus en obstétrique que dans les autres branches de l'art médical. La pluriparité qui existe dans la plupart des espèces animales est une exception ou un état pathologique lorsqu'elle se présente chez les animaux inférieurs. Les naissances multi-gemellaires qui surviennent dans l'espèce humaine ont lieu à des intervalles très-rapprochés, et il en est de même chez les animaux. Néanmoins, M. Duncan a pu réunir plusieurs observations dans lesquelles la naissance des petits a été, chez des animaux, séparée par des intervalles de plusieurs heures et même de plusieurs jours. Nous regrettons que l'auteur n'ait pas tiré des conclusions de ces faits intéressants.

M. Imlack, de Liverpool, a communiqué à la Société une observation assez rare de *cloaque chez une petite fille de six ans*. L'état des organes est le suivant : on ne trouve pas d'anus ni même de dépression de la peau qui y corresponde ; la vulve, le mont de vénus, la fourchette, le clitoris, les grandes et les petites lèvres sont dans la position normale. Le plancher périnéal bien constitué s'étend de la vulve au coccyx et ne présente rien de particulier. En écartant fortement les lèvres on aperçoit deux orifices séparés par la cloison très-mince ; le doigt introduit dans l'orifice postérieur arrivait directement dans le rectum ; l'orifice antérieur, qui admettait également l'introduction du doigt indicateur, conduisait directement dans la vessie Ce dernier organe, qui paraissait normal, était séparé du rectum par un septum fibreux et résistant. Le doigt fut de nouveau introduit dans l'orifice postérieur et le rectum pour rechercher le vagin et l'utérus, mais l'exploration la plus minutieuse ne put faire découvrir aucun de ces organes, ni dans le voisinage du rectum, ni dans celu de la vessie.

Un cas de *grossesse avec conservation de l'hymen* et compliqué d'une élévation extraordinaire de l'utérus est dû à M. Matthews Duncan. L'hymen était intact, mais relâché, et avait permis sans difficulté l'introduction du membre viril. Cette même malade fut atteinte vers le cinquième mois de vomissements incoercibles qui nécessitèren l'avortement médical.

Dans un mémoire étayé de plusieurs observations, M. le Dr Milne propose de *traiter le cancer utérin par l'ergot de seigle et les caustiques*.

L'auteur a obtenu quelques succès relatifs par ce traitement. Les propriétés hémostatiques de l'ergot, l'action spéciale qu'il exerce sur les fibres de l'utérus, action qui peut même, d'après M. Milne, aller jusqu'à produire l'atrophie de l'organe, sont en effet d'excellents arguments en faveur de cet agent. Quant aux caustiques, l'auteur pense qu'ils devraient toujours être employés à l'exclusion du bistouri, de l'écraseur et du galvano-cautère pour l'ablation des tumeurs carcinomateuses de l'utérus.

Le professeur SIMPSON a communiqué à la Société quatre observations intéressantes d'atrésie du vagin. Dans la première, l'atrésie était congénitale et l'écoulement du sang menstruel se fit après quelques années par le rectum; la malade est morte phthisique. Dans la seconde, également congénitale, les symptômes de rétention des règles présentant une certaine gravité, M. Simpson a pratiqué la perforation et a obtenu une guérison complète. Dans la troisième observation d'atrésie, l'aménorrhée ne donnant pas lieu à des symptômes graves et les règles supplémentaires ayant lieu sous la forme d'épistaxis, l'intervention chirurgicale ne fut pas jugée nécessaire. Enfin, dans la quatrième observation, l'atrésie était partielle et compliquée d'une vésico-vaginale. Elle était survenue à la suite d'un accouchement laborieux.

Nous trouvons dans ce même volume une note intéressante de M. SLAVJANSKY, de St-Pétersbourg, sur l'endométrite comme cause d'avortement dans les cas où l'utérus gravide est déplacé. D'après l'auteur, la rétroflexion de l'utérus a une influence particulière sur la production de l'avortement, surtout lorsqu'elle est liée à un état morbide du tissu décidual de la membrane placentaire maternelle (decidua serotina). Deux observations très-bien décrites viennent à l'appui de cette manière de voir.

M. ALEXANDRE MILNE a présenté un mémoire intéressant sur *l'influence de la grossesse sur les tumeurs pelvi-abdominales*, particulièrement sur les kystes de l'ovaire. La pression exercée par l'utérus gravide peut provoquer de l'inflammation et des adhérences; elle peut même produire la rupture du kyste et devenir le point de départ d'accidents mortels. Cependant l'auteur pense que, dans un grand nombre de cas, la grossesse aura une influence salutaire, et que la pression de l'utérus gravide peut quelquefois déterminer l'absorption du kyste au même titre que la pression exercée à l'extérieur par l'application d'un bandage de corps. Cette manière de voir est partagée par plusieurs membres de la Société, entre autres par MM. Simpson et Duncan.

Ce volume contient deux mémoires de M. RAE sur *l'emploi des courants électro-magnétiques*. L'auteur rapporte cinq observations dans lesquelles l'emploi du courant a fait cesser une inertie utérine des plus inquiétantes. Un des électrodes est appliqué sur la paroi abdo-

minale et l'autre est placé sur le plancher péritonéal. L'auteur pense qu'il n'est pas nécessaire d'introduire un des électrodes dans l'utérus, comme l'avait conseillé Ramsbotham. L'emploi des courants électro-magnétiques a également rendu des services à M. M. Rae, dans des cas d'hémorrhagie *post-partum*.

Nous n'avons pu, dans ce court aperçu, que signaler les principaux mémoires contenus dans ce volume. L'espace nous manque pour rendre compte d'un grand nombre de communications importantes. Nous citerons cependant les suivantes : *Inflammation blennorrhagique des glandes de Cowper*, par le Dr Matthews Duncan; *Traitement antiseptique des abcès mammaires*, parle Dr Carmichael; *Relations qui existent entre la blennorrhagie et l'état puerpuéral*, par le Dr Marc Donald; *Des maladies zymotiques dans leurs rapports avec l'obstétrique*, par le Dr Thomas Courns, etc. Nous ne pouvons terminer sans signaler les discours d'inauguration qui ont été lus par MM. Keiller et Duncan au commencement de chaque session et qui roulent sur des points généraux de l'art obstétrical en Grande-Bretagne.

Dr A. Lutaud.

REVUE DES JOURNAUX.

Les derniers numéros de l'année 1875 de la *Gazetta delle Cliniche* nous fournissent quelques faits de gynécologie fort intéressants. Nous les résumerons rapidement.

C'est d'abord un cas d'**ovariotomie pratiquée avec succès durant le cours d'une fièvre septicémique** consécutive à la ponction d'un kyste multiloculaire colloïde. La ponction avait donné issue à 9 kil. de liquide ; mais, le même jour, la fièvre s'alluma et dura pendant onze jours. Le kyste était le siége d'une douleur vive et reprenait graduellement son ancien volume. Peu à peu survinrent des vomissements, de la diarrhée, des accidents cérébraux, une teinte ictérique de la peau, une éruption miliaire générale. C'est au milieu de cet état si alarmant que, se fondant sur la pratique heureuse de Keith et de Spencer Wells dans des cas analogues, le médecin pratiqua l'ovariotomie. La tumeur extirpée pesait en tout, parois et liquide, 7 k. 620 gr. La malade était guérie au bout de dix-sept jours.

Trois cas d'une lésion très-rare, intéreseante surtout au point de vue médico-légal, sont empruntés au Dr Pincus. Il s'agit de la **rupture du foie, comme cause de la mort chez les nouveau-nés.** Dans les trois cas, les mères furent condamnées pour infanticide. L'accouchement avait été clandestin, et il s'agissait de démontrer si la rupture du foie avait été clandestin, et il s'agissait de démontrer

si la rupture du foie avait été produite pendant la vie ou après la mort. Dans les deux premiers cas, il n'existait aucune trace extérieure de violences; le troisième enfant présentait des taches ecchymotiques sur le dos. L'examen des experts montra que les enfants, nés viables, avaient respiré pendant quelques instants, et qu'une seul offrait des ecchymoses sous-pleuréales, c'est-à-dire des signes anatomiques de suffocation. Le foie était rompu dans une étendue de plusieurs centimètres, et il existait dans l'abdomen un épanchement sanguin abondant et en partie coagulé, tandis que tous les autres viscères étaient plus ou moins anémiés, ce qui montrait surabondamment que la rupture n'avait pas eu lieu après la mort. Le cordon ombilical avait été rompu violemment, et plusieurs experts crurent que la déchirure du foie pouvait être due au tiraillement du cordon. Mais d'autres experts prouvèrent qu'il n'en était rien et que la lésion provenait, en l'absence de chute d'un lieu élevé, d'un coup violent et rapide appliqué sur le corps, malgré l'absence de traces extérieures. Deux des mères avouèrent avoir serré le ventre à leur enfant; mais cet aveu est sans doute incomplet si l'on songe à l'extrême rareté de la rupture du foie dans les manœuvres obstétricales.

L'intérêt de l'observation suivante est dans le traitement qui fut employé et qui, dans un cas très-grave, amena la guérison. En voici le titre : **Hémorrhagie grave par décollement du placenta et rupture du col utérin, tentatives répétées d'extraction par le forceps d'une tête hydrocéphale, extraction par le crochet aigu, péritonite généralisée**. La guérison fut obtenue par l'usage répété de l'essence de térébenthine comme révulsif cutané selon la pratique des médecins américains. Voici comment dans ses leçons sur les maladies puerpérales le Dr Fordyce Barker décrit le procédé qu'il emploie : Dès l'apparition des premiers symptômes, on trempe dans de l'eau très-chaude et on exprime ensuite complètement, deux couches de flanelle suffisantes pour couvrir tout le ventre. On les imbibe ensuite d'essence de térébenthine et on les applique directement sur la peau. On recouvre le tout avec de la soie huilée (Oiled Silk), et la patiente supporte cette application le plus longtemps possible, quinze à trente minutes. La peau doit devenir très-rouge. Après avoir enlevé la flanelle, on recouvre l'abdomen d'une légère couche de ouate de 25 à 30 millimètres d'épaisseur, sur laquelle on verse deux petites cuillerées de laudanum, et l'on remet par-dessus la soie huilée.

Terminons par l'indication d'un mémoire sur **la décollation** du Dr G. Chiarleoni, qui propose un nouveau crochet décollateur qui lui semble réunir la plupart des conditions que doit remplir un pareil instrument, parmi lesquelles la simplicité du mécanisme et la modicité du prix lui paraissent des avantages fort à priser pour les praticiens. Le plus simple des appareils proposés jusqu'ici est celui du

professeur Pajot, dont le nom paraît aussi sympathique à Milan qu'à Paris. G. Chiarleoni emprunte à l'appareil du professeur Pajot son principe, c'est-à-dire sa ficelle, mais, au lieu d'introduire celle-ci au moyen d'un manche de forceps, il l'adapte à un crochet mousse disposé comme une sonde d'homme, c'est-à-dire se démontant en deux portions inégales : 1° le bec du crochet terminé par un gros renflement sphérique analogue à la balle de plomb, tandis que l'extrémité qui s'emboîte porte une courte tige percée d'un trou dans lequel on fixe la ficelle ; 2° le manche creux dans lequel passe cette ficelle. L'appareil une fois introduit comme un crochet ordinaire et placé, le bec se détache par son poids et retombe en entraînant le bout de la ficelle.

Dr Viault.

Extirpation de l'utérus et des deux ovaires.—Le Dr Gillman Kimball rapporte le cas d'une femme âgée de 36 ans, chez laquelle il pratiqua avec succès l'ablation d'une tumeur fibro-kystique de l'utérus et des deux ovaires. L'opération fut faite en pratiquant l'incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic. Les parois abdominales étaient très-amincies et ne contenaient qu'une petite quantité de graisse. La tumeur ponctionnée laissa écouler, un liquide de couleur de paille. Le volume de la tumeur fut considérablement réduit, mais il resta une masse volumineuse occupant toute la partie inférieure de l'abdomen. On rencontrait des adhérences péritonéales solides au niveau de la paroi abdominale antérieure. Ces adhérences furent soigneusement détruites au moyen des doigts, et le kyste put être extrait à travers l'incision. Le pelvis était presque complètement rempli par une tumeur fibreuse qui formait la portion inférieure de la cavité kystique, et qui présentait de un à trois pouces d'épaisseur. L'épaisseur de la tumeur allait en diminuant graduellement à mesure que l'on s'éloignait de la partie inférieure.

Les deux ovaires présentaient de petits kystes disséminés dans leur épaisseur. Le ligament large gauche était perforé à gauche de l'ovaire. On passa en ce point une ligature de soie qui fut nouée solidement, et l'on divisa les tissus entre la ligature et la tumeur. Une quantité de sang considérable s'échappant de la surface sectionnné, on y appliqua momentanément une ligature. Il fut alors possible d'extraire toute la masse à travers l'incision, et le fil de fer d'un écraseur fut appliqué à un point qui correspondait à l'orifice externe du col, embrassant ainsi ce qui restait du ligament large, et le ligament rond du côté gauche, la partie supérieure du vagin, ainsi que les li-

gaments larges et rond du côté droit, au delà de l'ovaire droit. Le fil fut alors fortement serré après avoir été doublé pour plus de sûreté, et la masse fut enlevée au moyen du bistouri. On laissa l'écraseur en place, et le pédicule fut transpercé juste en dehors de l'anse de l'écraseur, à l'aide d'un trocart courbe destiné à empêcher le retrait du pédicule dans la cavité abdominale. La surface du péritoine au point ou les adhérences avaient été rompues fut soigneusement épongée à l'aide d'une serviette de coton sèche, l'incision fut fermée à l'aide de sutures d'argent, et le pédicule cautérisé avec le fer rouge.

On prit soin pendant toute la durée de l'opération de maintenir la chambre à 70 ou 80 degrés (degrés Farenheit), et de maintenir les lèvres de l'incision au contact de la tumeur, afin que les organes abdominaux soient le moins possible exposés au contact de l'air. On n'appliqua pour tout bandage qu'une compresse pliée, de tissu de coton, qui recouvrait l'incision, le trocart et l'écraseur. L'opération dura une heure. Le pouls et la respiration restèrent normaux. Bientôt la guérison fut complète (*Boston med. and Surg. journal*, 13 *juillet* 1875).

VARIÉTES

Grossesse triple. — Diagnostic de la présence de trois enfants fait six semaines avant l'accouchement. — La nommée P..., âgée de 35 ans, tertipare, entra à la Clinique d'accouchements vers le mois de septembre 1876 pour une phlébite. Cette femme était alors enceinte de 4 à 5 mois, les dernières règles datant du 15 avril. Lors de son entrée, l'attention ne se porta que sur les veines énormes et enflammées qui siégeaient à la face antéro-externe de la cuisse gauche. Ce ne fut guère que trois semaines après son entrée qu'on l'examina au point de vue de sa grossesse.

L'interrogatoire de cette femme apprit que son mari était jumeau et que de son côté, à elle, sa grand'mère avait eu une grossesse gémellaire ainsi qu'une de ses sœurs.

Le volume du ventre était exagéré, vu l'âge de la grossesse.

La palpation pratiquée avec le plus grand soin fit reconnaître la présence de trois têtes: une engagée dans l'excavation, une deuxième, dans la fosse iliaque droite, et une troisième très-mobile en haut.

Cette constatation fut assez nette pour que le chef de clinique, le Dr Pinard, pût annoncer la présence de trois enfants. L'auscultation

ne donna jamais que deux foyers d'auscultation, l'un à gauche et en avant au-dessous de l'ombilic, l'autre à droite et en haut.

Le 1er décembre, cette femme accoucha de 3 garçons pesant

le 1er, 1,970.
2e, 1,880.
3e, 1,750.

Tous les trois se présentaient par le sommet.

Nous ne sachions pas qu'un diagnostic semblable ait jamais été fait.

Capsules médicamenteuses pour le col et la cavité de l'utérus. — Nous lisons dans *The American practitioner*, du mois de juin 1875, que le Dr E.-P. Sale d'Aberdeen se sert de capsules de gélatine pour porter des topiques dans la cavité de l'utérus, qu'il introduit de la façon suivante : la malade étant placée sur le dos, on applique le spéculum, puis le canal cervical ayant été dilaté et débarrassé des produits de sécrétion qui l'encombrent, on fait pénétrer la capsule dans le col ou jusque dans la cavité utérine elle-même, au moyen d'une pince. La patiente est alors maintenue dans la position précédemment indiquée pendant une demi-heure pour permettre à la capsule de se dissoudre, ou si la malade n'a pas le temps de rester dans cette position, on place au contact du col, un tampon de coton huilé, muni d'un fil qu'elle enlève quand elle le désire. Les capsules sont de forme assez allongée. Cette méthode permet d'employer à peu près indistinctement tous les médicaments auxquels on a recours dans la thérapeutique des maladies utérines, tels que le nitrate d'argent, l'acide chromique, etc. Toutes ces substances peuvent être mélangées, suivant les besoins, à des agents inertes, tels que le nitrate de potasse, la poudre d'acacia, le lycopode, etc.

Pommade contre la galactorrhée. — Voici d'après l'*Union médicale* la formule d'une pommade que M. Gueneau de Mussy emploie contre la galactorrhée.

R.	Chlorhydrate d'ammoniaque,	4 gram.
	Extrait de ciguë,	4 —
	Camphre,	1 —
	Axonge,	30 —

F. S. A.

Après avoir fait des onctions sur la glande mammaire, on l'enveloppe d'une épaisse couche de ouate, que l'on maintient à l'aide d'un bandage légèrement compressif. Quand il existe des signes bien accusés d'inflammation, on applique des cataplasmes de farine de lin et de têtes de pavot, arrosés avec une solution de chlorhydrate d'ammoniaque (10 à 20 gram. pour 100 gram.), et après avoir calmé l'inflammation on en revient à l'usage de la pommade.

Solution contre les écoulements vaginaux. M. Trélat préconise dans les écoulements vaginaux la formule suivante :

Acide phénique pur.	1	gramme.
Alcool ou eau de Cologne.	30	—
Eau.	70	—

Mêlez. — A l'aide du spéculum, on introduit une ou deux fois par jour, dans le vagin, des tampons de ouate imbibés de ce mélange, et, après les avoir retirés, on pratique des injections légèrement astringentes. — Dès que les surfaces malades sont détergées, on remplace l'alcool phéniqué par une solution moins active, et qui renferme, par exemple, 5 grammes de tannin pour 30 grammes de glycérine. On plonge les tampons dans cette solution, et on les introduit comme les premiers. (*Union médicale.*)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Hémorrhagies pendant la grossesse ; expulsion au sixième mois d'un fœtus qui vécut une heure ; noyaux hémorrhagiques dans le placenta, par Léger (*Gaz. obst.*, 1876, p. 145).

Ascite chez un fœtus de sept mois ; accouchement difficile, par Porack (*Société anat.*, *Progrès méd.*, 1876, 27 mai).

Kyste de l'ovaire, traitement au moyen de l'électrolyse, par Fiéber (*Scalpel*, 1876, p. 322).

Avortement au quatrième mois de la grossesse ; kystes hydatiques du foie, par Porack (*Société anatomique*, *Progrès méd.*, 3 juin 1876).

Oblitération du vagin, par Féré (*Société anatomique*, *Progrès méd.*, 15 avril 1876).

Kystes dermoïdes des ovaires, par Féré. (*Société anat.*, *Progrès méd.*, 15 avril 1876).

Deux observations d'éclampsie puerpérale traitée avec succès par le chloral, par le Dr Bourguet (*Gaz. hôp.*, 1876, p. 980).

Muqueuse utérine expulsée sans métrorrhagie, par Hutinel (*Soc. anat.* in *Progrès méd.*, 12 février 1876).

Des tumeurs du sein, par Trélat (Leçon recueillie par Caztaz) (*Progrès méd.*, 1876, 12 février, p. 105).

De la congestion pelvienne, par Alph. Guérin (*Union méd.*, 20 janvier 1876).

Du mode d'action du forceps, par Eugène HUBERT (*Journal des sciences méd.* (de Louvain), janvier 1876).

Opération césarienne ; délivrance d'un enfant vivant ; mort de la mère au bout de trente-deux heures, par M. COY (*The american practitioner*, octobre 1876, p. 220).

Traitement du placenta prævia, par Théophile PARVIN (*The american practitioner*, octobre 1876, p. 212).

De la dyspepsie des nouveau-nés, par le Dr Jules SIMON (*Union médicale*, numéro du 11 novembre 1876 et suivants).

Rupture prématurée des membranes. Leçon de M. GUÉNIOT (*Journal de méd. et de chir. pratiques*, novembre 1876, p. 495).

Avortement ; rétention du placenta ; symptômes d'infection putride ; guérison, par le Dr SAVOYE (d'Auffay) (*Journal de méd. et de chir. pratiques*, novembre 1876, p. 498).

Du traitement de la diarrhée chez les enfants, par Aloise MONTI (*Wiener Wochenschrift* et *Gazette obstétricale*, 1876, p. 174).

Kyste de l'ovaire ; péritonite chronique, par BUTREILLE (*Progrès médical*, 20 mai 1876).

De la thermométrie utérine comme moyen de diagnostic, par COHNSTEIN (*Archiv für path. anatom. und physiol.* analyse in *Sud medical*, 1876, p. 173).

Absence de vagin et de matrice ; conformation normale des organes génitaux externes ; projet de mariage ; consultation par le Dr PUNTOUS (de Toulouse) (*Union médicale*, 14 novembre 1876).

Puberté précoce et menstruation régulière chez une enfant de vingt-deux mois, par BOUCHUT (*Gazette des hôpitaux*, 21 novembre 1876).

De la marche et de la durée du chancre syphilitique, et des syphilides vulvaires pendant le cours de la gestation, par CERNATESCO (Thèse de Paris, 1875).

Anasarque et éclampsie albuminurique pendant la grossesse ; traitement par la saignée et le chloral ; accouchement à terme d'un enfant vivant ; guérison, par le Dr LIEGARD (de Bellème) (*Gazette des hôpitaux*, 1876, p. 1848).

Vagin et utérus doubles (*Société anatomique*, in *Progrès médical*, 18 novembre 1876).

Cas de tuberculose aiguë chez un enfant de quatre mois, par BARLOW (*British med. Journal*, 28 octobre 1876, p. 552).

Ovariotomie suivie de succès ; tumeur sessile ; cautérisation, par BRADFORD (*Edinburgh med. Journal*, septembre 1876, p. 238).

Fièvre puerpérale et septicémie, leur relation et leur identité probable, par Georges HUNTER (*Edinburgh med. Journal*, septembre 1876, p. 202).

De la thermométrie utérine comme moyen de diagnostic de la gros-

sesse ainsi que de la vie du fœtus, par MARDUEL (*Lyon médical*, 29 octobre 1876, p. 295).

Hystérotomie par section hypogastrique, lymphadénite, péri-utérine, par KRASSOWSKI (*Gazette des hôpitaux*, 1876, p. 900).

Procédé de Henriette pour l'alimentation des nouveau-nés (*Journal de méd. et de chir. pratiques*, octobre 1876, et *Lyon médical*, 22 octobre 1876, p. 287).

Tentative d'avortement par un nouveau et singulier procédé (*Gazette médicale d'Orient* et *Bordeaux médical*, 5 décembre 1875).

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Clinical Lecture on the diagnostic Value of abdominal palpation in pregnancy by, James R. CHADWICK (Extrait de *The American Practitioner*, novembre 1876).

Asiles d'accouchements de la ville de Saint-Pétersbourg (*Matériaux statistiques pour la prophylaxie des maladies puerpérales*, par W. STOLZ, accoucheur de la première section de la ville de Saint-Pétersbourg. Paris, 1876. Hartgé et Le Soudier, éditeurs).

La vérité sur les maladies de l'utérus et la physiologie médicale de la femme, par le Dr DECHAUX (de Montluçon), médecin de l'hôpital de Montluçon, 1 vol. in-8 jésus de 173 pages. Prix : 3 fr. 50.

Erratum. — Numéro de décembre, p. 455, dernière ligne : Au lieu d'avoir des cellules moins aiguës ; lisez : au lieu d'avoir des cellules allongées et fusiformes comme des grains d'avoine, présente des cellules moins aiguës, etc.....

AVIS.

Un de nos collaborateurs nous prie d'annoncer qu'il est désireux de se procurer les ouvrages suivants :

Doublet. *Mémoire sur les maladies vénériennes chez les enfants*. Paris, 1797.

Bertin. *Traité de la maladie vénérienne chez les enfants*. Paris, 1810.

Offres très-avantageuses.

S'adresser à M. Lauwereyns, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Février 1877.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DU SPONDYLIZÈME

OU AFFAISSEMENT VERTÉBRAL, SUITE DU MAL VERTÉBRAL DE POTT, CAUSE NOUVELLE D'ALTÉRATION PELVIENNE.

Par M. Herrgott,
Professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

Les viciations de l'ouverture et du canal pelviens, causées par des maladies de la colonne lombaire, ont été mentionnées depuis longtemps mais n'ont été étudiées sérieusement que depuis peu. Kilian a fait connaître en 1854 (1) une altération causée par le glissement de la colonne lombaire dans la cavité pelvienne, à laquelle il a donné le nom de *Spondylolisthésis*. (σπόνδυλος, vertèbre,

(1) *Schilderungen neuer Beckenformen, etc., mit 9 lith. Tafeln Mannheim*, 1854, in-4°, 131 pages.

ὀλίσθησις, glissement.) La description si claire qu'il a faite des cas vus par lui, met hors de doute l'existence d'une lésion qu'on croirait à peine possible si la démonstration n'en était pas si nette, et si de nouveaux exemples signalés depuis n'étaient venus se grouper à la suite des premiers pour confirmer l'exactitude des observations anatomiques et le pronostic si grave pour la parturition, signalés par l'accoucheur de Bonn.

Le glissement vertébral n'est pas la seule lésion que la colonne puisse produire dans le pelvis; un ou plusieurs corps vertébraux lombaires ou sacrés peuvent être minés par la fonte spéciale à laquelle Pott a attaché son nom, perdre leur solidité comme soutien, s'effondrer, s'affaisser et laisser la colonne tomber en avant de façon à obstruer l'ouverture pelvienne et ne plus permettre l'engagement d'une partie fœtale.

C'est cette lésion non encore étudiée à laquelle nous donnons le nom de *Spondylizème* (σπόνδυλος, vertèbre; ἵζημα, ατος affaissement) que nous nous proposons de faire connaître par une pièce anatomique qui est entre nos mains et par l'étude d'un certain nombre de cas publiés la plupart sous des dénominations que nous ne croyons pas exactes.

Le travail de Kilian devait éveiller l'attention des anatomo-pathologistes, stimuler leurs recherches dans les musées, et celles des accoucheurs dans les maternités. L'effet de ces investigations a été la découverte d'un nombre relativement considérable de bassins viciés par des maladies de la colonne, qui tous ont été attirés dans la classification nouvelle du professeur de Bonn.

Nous croyons que la distinction que nous avons énoncée plus haut est importante, et qu'après avoir fait la description des bassins où l'affaissement vertébral a été la cause de la déformation, qui sont manifestement *spondylizématiques*, il est nécessaire de revoir tous les bassins décrits comme *spondylolisthésiques* depuis la publication du mémoire de Kilian, afin de bien déterminer les caractères distinctifs essentiels de ces deux genres de lésion, et de voir si un certain nombre d'entre ceux-ci ne doivent pas être rangés dans notre classification, c'est-à-dire dans ceux où l'altération est causée par l'affaissement de la co-

lonne vertébrale et son inclinaison en avant, plutôt que par son glissement dans la cavité pelvienne.

M. le professeur Stoltz possède depuis quelques années un bassin dont on ne connaît pas la provenance ni l'histoire; son orifice supérieur est couvert par la colonne lombaire inclinée sur lui, sa cavité est à peine altérée, il a bien voulu me le confier pour en faire la démonstration à mes leçons.

Dans mon cours à la Faculté, j'ai fait ressortir la différence essentielle qui a existé entre cette déformation et celle décrite par Kilian sous le nom de *spondylolisthésie*; cette démonstration et la description d'un bassin analogue à celui de M. Stoltz, publiée alors par Fehling dans les *Archiv. f. Gynækologie*, t. IV. 1872, ont donné à M. Didier étudiant en médecine, l'idée de choisir ce sujet pour sa thèse inaugurale (1). Ce mode de publication nous paraît ne pas répondre à l'importance de cette déformation nouvelle, inexactement appréciée dans la traduction de Schröder, p. 525, note; nous avons cru qu'il était utile de la faire connaitre plus amplement en lui consacrant une nouvelle étude.

Le bassin décrit en 1872 par Fehling fut montré au public obstétrical par Credé, il y a longtemps, mais ne fut pas apprécié exactement par l'accoucheur de Leipzig. Il provenait d'une femme qui dut subir le 7 juin 1852 à Altenburg l'opération césarienne, qui fut fatale pour la mère et l'enfant.

Credé présenta ce bassin huit ans après, le 19 septembre 1860, à la société de naturalistes allemands à Kœnigsberg, « comme un bassin appartenant aux groupes de bassins spondylolisthésiques »; il promettait une description complète, quand il l'aurait soumis à une macération plus parfaite, car il ne l'avait reçu que peu avant son départ pour Kœnigsberg (1).

Ce bassin fut de nouveau présenté à la Société obstétricale de Leipzig pendant l'année 1861 et fut encore classé dans les

---

(1) *De la cyphose angulaire sacro-vertébrale et de son influence sur la grossesse et l'accouchement*. Nancy, juillet 1874, av. pl.

(2) *Monatschr. f. Geburtsh.*, t. XVI, p. 344.

bassins spondylolisthésiques; on déplore encore que la macération n'ait pas été faite avec assez de soin (1). Ce n'est qu'en 1872, par conséquent vingt ans après la mort de la femme, que ce bassin est décrit définitivement par le Dr Fehling et apprécié enfin d'une façon exacte dans les *Archiv f. Gynækologie* (2) représenté de façon à ne laisser aucun doute sur la nature réelle de la lésion qui l'avait déformé. Une pareille incertitude sur la nature d'une pièce pathologique qu'on tient en mains paraîtrait étrange, inexplicable même, si on ne savait que, quand un fait nouveau apparaît dans la science, il est rarement classé de prime abord comme il doit l'être et apprécié parfaitement; l'esprit a une tendance presque invincible à glisser dans des classifications connues dont on subit, sans s'en douter, la tyrannique influence.

Nous décrirons d'abord le bassin de M. Stoltz, puis nous donnerons la description de celui de Credé-Fehling, puis celle de quelques bassins publiés comme spondylolisthésiques, mais qui rentrent manifestement dans notre classification. Nous ferons ensuite l'examen critique de tous les bassins spondylolisthésiques dont nous avons pu trouver dans les mémoires originaux une description nette et des dessins clairs; nous aurons ainsi les éléments d'une appréciation du caractère essentiel et différentiel de ces lésions et de leur classification.

BASSINS SPONDYLIZÉMATIQUES.

Bassin de M. Stoltz.

Il présente à première vue le caractère du bassin de la femme, par la courbure de l'arcade pubienne, la distance qui sépare les deux épines iliaques, l'évasement du grand bassin, la structure grêle des os, qui sont moins compactes que les os du bassin

(1) *Monatschr. f. Geb.*, t. XIX, p. 455.

(2) T. IV, p. 1.

de l'homme et même que les os du bassin de la femme à l'état normal, ils sont poreux et criblés par places d'une grande quantité de pertuis qui prouvent que tout le système osseux du pelvis a été à un moment donné plus vascularisé qu'à l'état

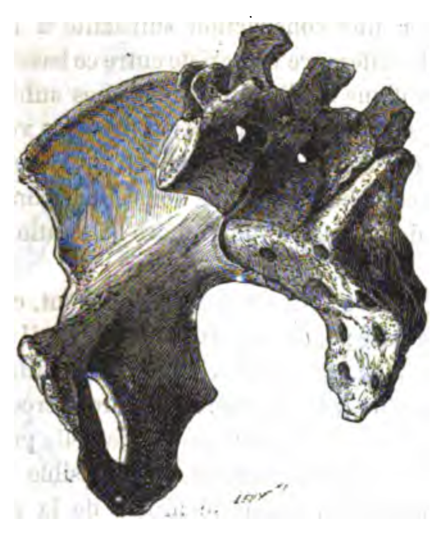


Fig. 1. — Vue du bassin spondylizématique de M. Stoltz, d'après une photographie 1/3 de grandeur naturelle.

normal, ce caractère extérieur est surtout très-marqué sur le sacrum et est à son maximum d'intensité, dans le corps de la quatrième vertèbre lombaire, qui repose en avant directement sur la base du sacrum ; celle-ci ne proémine pas comme à l'état normal de 2 à 3 centimètres au-dessus d'un plan qui serait fixé par le pubis et les deux extrémités du diamètre transverse du détroit supérieur, mais se trouve exactement à ce niveau.

Le diamètre transversal du bassin mesure 135 millimètres et le diamètre sacro-pubien 120 millimètres. Il a 5 millimètres de plus que le diamètre pubio-sacré pris à la hauteur correspondante du sacrum sur un bassin normal.

La vascularisation exagérée dont nous avons parlé, qui ne peut avoir été produite que par un état inflammatoire qui a duré pendant un certain temps, a produit une raréfaction du

tissu osseux, il en est résulté que le poids de ce bassin n'es que de 365 grammes au lieu de 5 à 600 grammes, les os sont très-friables et peu résistants; pour articuler le bassin d'une manière solide, il a été nécessaire de garnir de platines les trous sur lesquels s'appuient les tours du fil métallique pour pouvoir exercer une constriction suffisante à leur maintien solide. Toute la différence qui existe entre ce bassin et le bassin normal résulte d'une modification de formes subies par le sacrum, surtout son mode d'articulation avec les vertèbres lombaires, et la direction consécutive de la colonne lombaire. C'est donc sur ces deux points que nous allons concentrer notre attention afin de bien faire comprendre l'altération qui en a été le résultat.

Le sacrum, comme nous l'avons dit plus haut, est très-poreux surtout vers sa base; dans sa partie inférieure, il conserve l'intégrité de sa forme et les traces visibles des soudures des fausses vertèbres entre elles; la première vertèbre sacrée est très-rugueuse à sa surface, et est comme érodée; elle présente à son milieu une diminution de hauteur, très-sensible un peu plus à gauche qu'à droite. Si depuis le milieu de la soudure de la première vertèbre sacrée on mesure la hauteur de cette fausse vertèbre sur un bassin normal, on trouve 32 millimètres. (Voy. Fig. 2) (1).

Sur le bassin que nous décrivons, la hauteur de la première pièce du sacrum n'est que de 14 millimètres, différence 18 millimètres aux dépens de la saillie en hauteur du promontoire. Cette portion qui à l'état normal a presque la forme d'un coin a été usée par la maladie, qui a également détruit, comme nous le verrons plus loin, la presque totalité du corps de la cinquième vertèbre lombaire; la ligne courbe décrite par les deux ailerons du sacrum se continue ici dans le même plan que la ligne inno-

(1) Cette mesure a été trouvée la même sur le bassin figuré comme type par Nægele, que sur celui que je possède et dont j'ai pris le tracé exact par le procédé de Pinard, procédé qui consiste à mouler exactement une lame de plomb étroite sur la surface et à l'appliquer sur un papier et à en suivre les sinuosités avec un crayon.

minée des os iliaques pour former la ligne du détroit supérieur. La partie supérieure du sacrum est déprimée, usée d'une façon presque plane, mais on remarque là une porosité considérable de l'os et une fragilité très-grande de son tissu. Sur les parties

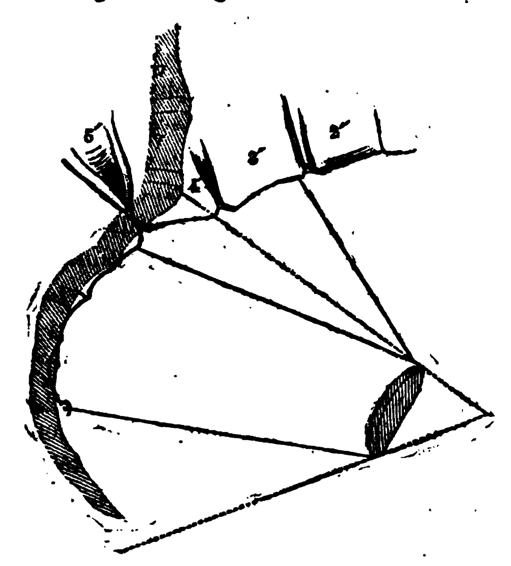


Fig. 2. — Coupe du bassin spondylizématique de M. Stoltz et coupe d'un bassin normal superposées. 1/3 de grandeur naturelle.

latérales du sacrum et en arrière, rien d'anormal, les surfaces articulataires iléo-sacrées sont normales et encroûtées de leur cartilage articulaire. En résumé : la lésion essentielle de forme du sacrum consiste uniquement dans la diminution de la hauteur au milieu, qui semblerait avoir été produite par un coup de ciseau appliqué un peu au-dessus de la hauteur de la première vertèbre sacrée dans la direction de la conjugata d'avant en arrière pour en faire sauter un coin. La figure 2 rend la chose parfaitement visible.

La colonne vertébrale au lieu de faire avec le sacrum cet angle saillant en avant, qui a reçu de De La Motte le nom de *promontoire*, s'insère sur le sacrum diminué de hauteur à angle obtus ouvert en avant de façon à continuer en haut en l'exagérant la courbure du sacrum, il en résulte une projection en avant de

la colonne vertébrale telle, que la partie supérieure de la troisième vertèbre ne se trouve éloignée du pubis que de 8 centimètres environ. Ce changement si considérable de la direction de la colonne par rapport au sacrum est le résultat de la dépression du sacrum dont nous avons parlé, et de la disparition presque totale du corps de la cinquième vertèbre lombaire ; de cet os il ne reste que l'arc avec l'apophyse épineuse, les apophyses transverses et surtout les surfaces articulaires qui le fixent en arrière, d'une part au sacrum, d'autre part à la quatrième vertèbre lombaire. Le corps de la cinquième vertèbre n'est plus représenté que par un coin qui a 18 millimètres de hauteur en arrière et qui se termine en biseau à 8 millimètres de la surface antérieure du sacrum ; la quatrième vertèbre lombaire s'articule donc directement en avant avec le sacrum et repose avec le reste de sa surface inférieure sur ce plan incliné. Dans cette destruction presque totale du corps d'une vertèbre par suite de la maladie de Pott, la colonne n'a subi qu'un mouvement de flexion, en raison de la persistance de l'arc vertébral dont les apophyses articulaires assurent la fixité dans le sens de l'épaisseur de la colonne, tout en permettant à celle-ci une flexion presque à angle droit ; cette lésion si importante a pu se produire sans compromettre ici la fonction de la moelle, puisque de ce mouvement de flexion exagérée il n'est résulté qu'une diminution presque insignifiante de la cavité rachidienne.

Nous insistons particulièrement sur l'intégrité de l'arc vertébral qui dans ce cas a empêché tout autre mouvement que la flexion. Les figures 1 et 2 montrent très-bien cette flexion et la conséquence qu'elle a eue sur la forme du bassin puisque dans la Fig. 2, on a superposé à un bassin normal figuré en ligne ponctuée le tracé de la coupe du bassin vicié ; en faisant confondre dans les deux bassins le pubis et la jonction de la première vertèbre sacrée avec la seconde pour obtenir la courbure sacrée identique et surtout pour mettre en relief l'abaissement du promontoire et la flexion de la colonne déterminée par l'abaissement du niveau de la quatrième vertèbre lombaire sur le sacrum.

Nous avons fait photographier au tiers de la grandeur nor-

male la vue en profil du bassin sur lequel l'os iliaque gauche a été détaché de façon à permettre au regard de plonger dans la cavité pelvienne. Les figures 1 et 2 montrent exactement la déformation, ce par quoi elle a été produite et quel est le résultat de cette lésion. On voit le coin que forme ce qui reste de la cinquieme vertèbre lombaire, de quelle manière elle repose sur le sacrum dont on voit la déformation, et la manière suivant laquelle le corps de la quatrieme vertèbre lombaire repose sur le sacrum dans la partie antérieure de sa surface inférieure, sur le coin vertébral dans sa partie postérieure de la même surface; enfin on voit aussi bien que sur la coupe schématique la distance qui sépare le pubis de la colonne vertébrale qui forme la conjugata nouvelle. La conjugata vraie qui s'étend du pubis à la base du sacrum mesure 12 centimètres, c'est-à-dire 1 centimètre de plus que la conjugata du bassin normal, et cela en raison de l'abaissement du sacrum et de la direction oblique de haut en bas et d'avant en arrière fortement inclinée qui caractérise l'état normal de cet os considéré dans sa situation régulière.

L'apophyse transverse gauche de la quatrieme vertèbre lombaire ayant été brisée sur la pièce, on peut voir très-nettement les articulations inter-vertébrales et vertébro-sacrées qui ont maintenu en place la colonne et ne lui ont pas permis de glisser en avant malgré cette énorme lésion du soutien de la colonne.

Quand on tient devant soi le bassin dans l'inclinaison normale, c'est-à-dire de manière que la conjugata forme avec l'horizon un angle de 55° (en raison de l'abaissement de la base du sacrum) et qu'on l'élève à la hauteur des deux yeux, on voit en face la surface supérieure de la troisième vertèbre lombaire couvrant l'autre, le regard parcourt le canal rachidien jusqu'au sacrum où il est largement béant, la colonne, qu'on voit en raccourci, cache la moitié supérieure du sacrum et proémine dans l'aire du pelvis et on voit l'apophyse épineuse et les apophyses transverses de la troisième vertèbre qui couvrent exactement les mêmes apophyses des deux autres vertèbres inférieures. La coupe schématique de la Fig. 2, la vue que représente la

Fig. 1, ainsi que cette description nous paraissent donner une idée suffisamment claire de cette lésion pour en mettre en relief la chose essentielle, qu'il convient à l'accoucheur de retenir, pour en caractériser et en faire comprendre l'influence sur la grossesse et la parturition.

Bassin Fehling.



Fig. 3. — Croquis du bassin spondylizématique de Fehling 1/4.

Si le bassin de la femme morte à Altenburg en 1852 est resté non décrit et apprécié d'une façon inexacte pendant de longues années, malgré le savoir et la compétence de l'habile accoucheur de Leipzig et l'examen de l'assemblée des collègues auxquels il avait été présenté, il a, en raison de son importance, fini par être étudié avec exactitude et classé comme il le mérite; il occupera dans la science un rang aussi important que le bassin de Prague ou celui de Paderborn, bien que la notoriété scientifique du Dr Fehling n'ait pas encore atteint celle du célèbre

accoucheur de Bonn. La description donne tous les détails désirables et met en relief l'essence de la lésion de façon à ne laisser aucun doute dans l'esprit.

Il ne peut entrer dans notre intention de donner ici la traduction complète du mémoire descriptif de Fehling qui ne comprend pas moins de 33 pages, ni de reproduire la figure schématique et les trois planches lithographiées qui accompagnent ce mémoire; nous ne donnons qu'un croquis de la deuxième figure qui représente le bassin vu de face en demi-grandeur. Voir Fig. 3.

Nous renvoyons le lecteur qui désire étudier ce sujet à fond à la page 1 du T. IV des *Archiv. f. Gynækologie* (1) ou à la thèse de M. Didier (2).

Nous nous contenterons de mentionner les lésions essentielles de la pièce pathologique. Le titre du mémoire exprime à peu près ce qu'il renferme d'essentiel, il est conçu ainsi (3) : « *Bassin couvert par suite d'une cyphoce lombo-sacrée causée par une arthrocace.* » Je dis que le titre renferme à peu près, en effet, un mot. Un seul nous paraît ne pas exprimer une chose exacte, c'est celui d'arthrocace; ce mot, inventé par Rust pour caractériser les affections chroniques des articulations (ἄρθρον κάκον), ne convient pas à une affection dans laquelle la maladie de l'articulation n'est qu'une chose secondaire, la destruction de l'os par une maladie spéciale, la chose essentielle, nous aurions préféré dire cyphose dorso-lombaire causée par la maladie de Pott, en attendant que le nom de l'essence même de la maladie pût remplacer dans la nomenclature celui du célèbre chirurgien anglais qui a donné son nom à une lésion, mieux décrite par lui que par ses devanciers.

Quoiqu'il en soit, voici les lésions essentielles observées sur ce bassin.

Il présente les caractères extérieurs d'un bassin de femme

---

(1) *Berlin bey Hirschwald*, 1872.

(2) Ouv. cité.

(3) *Pelvis obtecta in Folge von arthrokakischer Lumbo-sacral-kyphose der Wirbel-Säule.*

de haute stature et d'une structure solide; ce qui frappe au premier regard, c'est une flexion en avant de la colonne vertébrale si prononcée que celle-ci n'est éloignée du pubis que de 38 millimètres et que l'angle que forme la ligne décrite par cette colonne sur la conjugata n'est que de 15 degrés.

Le diamètre de l'ouverture pelvienne supérieure n'étant que de 38 millimètres, on comprend facilement que la malheureuse parturiente ait été dans le cas de subir l'opération césarienne; voici maintenant les éléments de cette lésion. Quand on jette un regard sur ce bassin, on croit de prime abord que les quatre vertèbres qui le surmontent sont les vertèbres lombaires, mais bientôt on voit que les deux vertèbres supérieures sont deux vertèbres dorsales et que des cinq vertèbres lombaires il ne reste que la première et la seconde; cependant on compte sept apophyses épineuses et 7 paires d'apophyses transverses, les corps des 3e, 4e et 5e vertèbres lombaires ont disparu dans une fonte osseuse dont il ne reste qu'une masse informe, petite, plus épaisse à droite qu'à gauche, formant un coin épais en arrière et aminci en avant, interposé entre le sacrum et la deuxième vertèbre lombaire qui fait dévier la colonne légèrement à gauche, déviation caractérisée à tort par le mot de scoliose. Le corps de la vertèbre la plus rapprochée du pubis est celui de la 11e dorsale. Le sacrum a participé comme dans notre bassin à l'altération du corps des vertèbres, il a perdu aussi la première fausse vertèbre dans son milieu; il en est résulté une dépression médiane de 3 centimètres environ, c'est ce qui explique cette chute, cet affaissement de haut en bas de la colonne vertébrale sur l'ouverture pelvienne, chute si considérable, que son ouverture supérieure en est couverte : *pelvis obtecta*. La conservation des arcs vertébraux, alors que les corps de cet os ont disparu, explique pourquoi comme dans le bassin précédent n'a pas eu lieu la disjonction de la colonne après une altération si profonde de son soutien. Les arcs des vertèbres présentent comme moyen de fixité leurs apophyses articulaires, qui comme de véritables crampons maintiennent encore en cohésion les éléments en partie détruits de la colonne, ils sont aidés dans cette action d'assemblage par les ligaments si solides de la région : les apo-

physes transverses et épineuses, leurs ligaments et les masses musculaires de la région postérieure, qui en même temps qu'ils prennent attache sur la colonne lui donnent aussi de la fixité. Ainsi, comme dans le bassin que nous avons décrit, nous notons à côté de l'altération du corps de la vertèbre qui a permis l'affaissement de la colonne en avant, la conservation des arcs vertébraux qui n'ont point permis l'altération du canal vertébral ni la disjonction de la colonne, ni son glissement.

Retenons ce fait essentiel qui nous servira de point d'appui pour établir plus loin une différence essentielle et facile à apprécier entre les bassins altérés par affaissement du corps des vertèbres lombaires, *spondylizème*, et ceux altérés par glissement vertébral, *spondylolisthésis*.

Bassin de Belloc.

Il n'est malheureusement pas possible de joindre aux dessins de ces deux bassins, celui du bassin *de Belloc* où une cyphose dorso-lombaire avait déterminé une obliquité utérine énorme qui avait semblé devoir imposer à Baudeloque neveu, la nécessité de recourir à l'opération césarienne, alors que cette femme enceinte pour la septième fois avait mis au monde un enfant vivant; ce fait qui a été reproduit dans la thèse de Didier mérite d'être cité, quoique ce ne soit pas un pelvis *couvert* puisqu'un enfant a pu s'engager dans le détroit supérieur et le traverser, malheureusement cette pièce anatomique n'a pas été conservée, l'observation renferme toutefois d'intéressants détails.

Nous relèverons une particularité qui ne nous semble pas exacte, nous lisons dans l'observation de Belloc reproduite textuellement par Didier (1) : « Le bassin offre un mode de défor« mation, dont je ne crois pas que les auteurs aient encore cité « d'exemple. La colonne vertébrale *est soudée à angle droit sur*

(1) Thèse, p. 20.

« *la face antérieure du sacrum* ». Elle formait avec le sacrum un angle droit, nous ne voyons là rien qui puisse nous surprendre, mais nous ne pensons pas que la colonne ait pu glisser de façon à se souder sur la face antérieure du sacrum, ce glissement aurait à coup sûr obstrué l'ouverture pelvienne comme dans la spondylolisthésie; nous croyons qu'elle n'était qu'inclinée sur le sacrum et avait produit une cyphose avec toutes ses conséquences. Il est des détails d'un autre genre que nous relèverons aussi plus loin.

Nous ne voulons pas parler ici des altérations que subit le bassin dans les cas de cyphose dorsale et lombaire quand elle arrive à un âge où une modification importante du système osseux pelvien est encore possible, ce sujet a été traité récemment par M. Chantreuil (1), mais nous nous proposons de dire quelques mots sur l'attitude des sujets affectés de pareilles difformités qui déplacent si gravement le centre de gravité du corps et qui peuvent donner des indications précieuses pour l'accoucheur.

Nous manquons de détails sur la femme à laquelle a appartenu le bassin que nous avons décrit, nous ne pouvons donner sur son attitude aucun renseignement, nous n'avons trouvé aucun indice sur les surfaces articulaires de la cavité cotyloïde et ailleurs qui puisse nous faire présumer comment a été de son vivant l'inclinaison de son corps, mais d'après ce qui se trouve relaté dans l'observation de Belloc et dans celle de Fehling on peut présumer quelle a dû avoir été son attitude dans la marche, les situations debout, assise et couchée.

Dans l'observation de Belloc on ne dit pas comment marchait la malade, ni comment elle pouvait se tenir debout, on dit seulement (1) : « la première chose qu'on remarqua fut qu'elle avait « la tête et la partie supérieure du tronc maintenues par des « oreillers *à un niveau supérieur à celui du bassin* (pour caler le « corps dans cette flexion de la colonne); le ventre pendait en

---

(1) *Étude sur les déformations du bassin chez les cypholiques.* Thèse, 1869, nº 143.

(2) Thèse cit., p. 18.

« besace sur les cuisses et cachait entièrement les parties géni-« tales; l'ombilic, placé à la partie inférieure de cette sorte de « tumeur, reposait sur la cuisse quand la malade était assise. »

Dans le travail de Fehling nous ne trouvons que les détails suivants (1) : « La femme âgée de 28 ans avait dû avoir eu une « taille gigantesque, mais par suite de la flexion de la colonne « vertébrale, le tronc était tellement jeté en avant, que la tête « se trouvait à la hauteur du bassin. » De cette façon la femme n'avait pu rester debout ni marcher sans canne et n'avait pu se tenir qu'en maintenant les cuisses fléchies sur le tronc, les jambes un peu fléchies sur les cuisses, attitude très-caractéristique imposée par ces déformations du tronc.

En poursuivant nos recherches nous sommes arrivé à penser que le bassin qui en 1836 avait éveillé l'attention de Kilian à Bruxelles et qui pendant longtemps n'avait pas été décrit devait être rangé dans la catégorie des bassins spondylizématiques et non spondylolisthésiques; il en est de même de celui présenté par Olshausen à la Société obstétricale de Berlin, le 11 décembre 1860; nous en donnons la description et le lecteur jugera si notre appréciation est juste.

Bassin de Bruxelles.

Le bassin dont le professeur Gluge a communiqué une description à Lambl provient d'une femme rachitique de 42 ans qui fut enceinte trois fois et qui fut accouchée deux fois avec le forceps d'enfants morts; à la fin de la troisième grossesse, il se produisit une rupture de la matrice qui causa une mort subite; on pratiqua la gastrotomie immédiatement et on ne retira qu'un enfant mort, outre la lésion utérine, on trouva une grande mobilité des trois symphyses pelviennes. Les os du bassin étaient minces et les dernières vertèbres lombaires si fortement inclinées en avant et rétrécissant tellement l'entrée pelvienne que la quatrième vertèbre lombaire formait le promontoire. La

(1) Ouv. cité, p. 3.

partie supérieure du sacrum vue en avant paraissait sensiblement altérée, elle était tellement raccourcie que les deux trous sacrés supérieurs n'étaient limités en haut que par un bord osseux de 1 à 2 millimètres d'épaisseur, ils étaient en général plus petits qu'à l'état normal ; le tissu osseux était plus lâche, plus mince, renfermait des lacunes mais qui ne traversent pas, comme dans les os cariés. Une semblable modification se trouve à la partie supérieure du sacrum qui est rugueuse et couverte d'ostéophytes pointus. Il y a ici une carie guérie, limitée au sacrum, comme chez les sujets scrofuleux, à la suite de laquelle l'os s'est déprimé et la colonne vertébrale inclinée en avant. Ce bassin se distingue donc de ceux de Kilian d'une manière essentielle et il n'appartient pas aux bassins spondylolisthésiques (1).

Bassin présenté par Olshausen à la Société obst. de Berlin le 11 décembre 1860 et décrit dans *Monatschr.* XVII, avec pl., p. 255. Etiologie de la spondylolisthésis, description d'une pièce anatomique :

« Le bassin que nous allons décrire appartient depuis 4 an- « nées au musée de la Maternité de Berlin. L'accouchement « qui eut lieu chez une primipare de 45 ans, fut observé par « Hecker et décrit dans ce journal en décembre 1856, il ajouta « à cette observation une courte esquisse du bassin, se réservant « d'en faire plus tard une description détaillée.

« Je regarde ce bassin comme assez important pour mériter « un examen plus sérieux, car je pense pouvoir le donner comme « un bassin spondylolisthésique au premier degré. Toutefois le « glissement vertébral est insignifiant et à cause de cela la dif- « formité qu'il présente ne peut être comparée à celle des bas- « sins décrits jusqu'ici. Il est important, pour éclairer l'étiologie « de cette déformation, que des bassins de cette espèce soient « décrits avec précision.

« La personne à qui appartenait ce bassin n'a contracté cette

(1) *Mém. de Lambl.* anal. dans *Monatschr.*, XII.

« déformation qu'après 17 ans, à dater de cette époque, elle a « souffert beaucoup de la région sacrée et n'a pris que depuis « lors une attitude inclinée et une marche semblable à celle des « quadrupèdes.

« Quant à l'accouchement, je rappellerai sommairement l'his- « toire que Hecker en a donnée. Il y eut, avant la dilatation com- « plète de l'orifice, procidence du cordon avec présentation « crânienne ; la réduction ne réussit pas. L'accouchement fut « terminé par le forceps appliqué après la mort de l'enfant, « attendu qu'une fièvre intense, des vomissements couleur « chocolat avaient indiqué la nécessité de terminer prompte- « ment.

« La femme succomba après 36 heures dans un accès éclam- « ptique précédé d'une apparence de bien-être.

« L'autopsie révéla une dégénérescence graisseuse des reins ; « la mort si rapide fut attribuée à l'urémie. Quant au bassin, « voici les paroles de Hecker : « Il a l'apparence d'un bassin « normal pris dans son ensemble ; toutefois l'arcade pubienne « est plus aiguë qu'à l'état normal ; les tubérosités sont éloi- « gnées de 95 millimètres, les épines ischiatiques de 93 milli- « mètres, l'espace du petit bassin est rétréci par une ossification « anormale de la dernière fausse vertèbre sacrée avec la pre- « mière pièce du coccyx. Mais ce qu'il y a d'essentiel *c'est la des-* « *truction presque totale par arthrocace de la dernière vertèbre lom-* « *baire et de la dernière vertèbre sacrée* ; il en résulte que, sous le « corps de la quatrième vertèbre lombaire, on voit un corps ver- « tébral rudimentaire haut de 5 millimètres (1), dont le bord su- « périeur inégal fait saillie dans le bassin et raccourcit la « conjugata à 95 millimètres, et dont le bord inférieur se dirige « fortement en arrière; les apophyses prouvent que c'est bien la « cinquième vertèbre lombaire; elle domine la première ver- « tèbre sacrée qui est également atrophiée dans son milieu. A

(1) Dans le texte allemand, il est dit 1" 1|2, « ce qui ferait 4 centimètres de hauteur pour une vertèbre rudimentaire : c'est une erreur; c'est 1''' 1|2, donc 5 millimètres, qu'il faut lire.

« première vue on constate que ces os ont subi une forte « dépression ; au-dessous se trouve la deuxième vertèbre sacrée, « à l'état normal.

« Le bassin macéré maintenant complètement ne pèse que « 360 grammes avec la deuxième vertèbre lombaire. Les os « sont grêles, jaunes, au reste d'aspect normal : ce n'est que sur « la moitié inférieure du sacrum que l'os est poreux et fragile ; « à part la difformité du promontoire, il a la forme et la dimen- « sion normale, la cavité cotyloïde seule est peut-être un peu di- « rigée en avant ; l'arcade pubienne forme un angle de 50-60°, « dont Hecker a parlé plusieurs fois ; les bords en sont à peine « renversés en dehors, ce qui lui donne une physionomie mas- « culine. Hecker a affirmé que l'inclinaison du bassin était sur « le vivant très-considérable.

« Les deux vertèbres lombaires qui restent sont à peu près de « forme et de grosseur normales, mais décrivent une lordose « (*cyphose*) sensible avec une inclinaison à gauche et une légère « rotation. Le corps de la vertèbre lombaire supérieure est à « droite de 5 mm., celui de la vertèbre inférieure de 6-8 mm. « plus bas qu'à gauche. Quand le bassin est placé sur la table « et repose sur les trois points d'appui inférieurs, le tiers infé- « rieur de la vertèbre lombaire supérieure (3e lombaire) tombe « encore dans le grand bassin.

« Le bord inférieur de la dernière vertèbre lombaire est à « 6 mm 1/2 au-dessus du plan du détroit supérieur.

« Le corps de la dernière vertèbre lombaire forme avec la « partie supérieure du sacrum à peine un angle ; il est moindre « de 180°.

« La dernière vertèbre serait inclinée en avant de 30-40°, « si on ne devait pas mettre sur le compte de la macération « une portion de cette inclinaison ; on voit sur l'apophyse « oblique inférieure droite une légère dislocation dans la sur- « face articulaire correspondante qui n'est arrivée qu'après la « mort. Il est incontestable que pendant la vie a eu lieu une « inclinaison de la vertèbre en avant, et aussi un mouvement « en avant de 9 mm ; son bord inférieur dépasse la surface au-

« térieure de la partie supérieure du sacrum, ce qui est un « caractère démonstratif de la spondylolisthésie (1).

« Entre la dernière vertèbre lombaire et la partie supérieure « du sacrum se trouve un espace vide de quelques millimètres « de hauteur qui indique l'espace occupé par la lame intervertébrale qui a disparu pendant la vie ou pendant la macération. « Sous cet espace vide dans lequel plonge le regard par devant « se trouve le *corps du délit :* c'est une masse osseuse ayant la « forme d'une amande avec un bord assez large, qui repose sur la « partie supérieure du sacrum et est soudée avec lui. Sa plus « grande épaisseur est de 10 à 12 millimètres; elle a un bord « tranchant dirigé vers la cavité pelvienne de haut en bas et « d'arrière en avant, qui se termine à 1 centimètre de la ligne « médiane en arrondissant son bord vers la symphyse sacro-« iliaque gauche. A droite, ce bord se continue et s'étend en ar-« rière au delà de la base du sacrum dans les apophyses trans-« verses et obliques. Cette masse obscure siége surtout à droite ; « elle ne dépasse à gauche la ligne médiane que de 1 centi-« mètre. Sa surface inférieure dépasse le sacrum de 14 milli-« mètres; sa surface supérieure, la dernière vertèbre lombaire de « 5 à 6 millimètres, et se rend en arrière dans la surface articu-« laire sacro-lombaire.

« A la place où le sacrum et cette masse osseuse se confondent, « ils forment un angle d'environ 100°, de façon que la li-« mite des deux reste très-visible. Quand, sur la surface anté-« rieure du sacrum, on se dirige de haut en bas, on trouve très-« vite, déjà à 5 millimètres, la trace de la soudure de la première « vertèbre sacrée avec la seconde; au-dessous, on distingue en-« core nettement quatre vertèbres sacrées et une vertèbre coc-« cygienne soudée avec la dernière vertèbre sacrée. Au reste, la « surface sacrée présente quatre paires de trous vertébrés, dont

(1) Les dessins qui accompagnent cette communication ne laissent pas soupçonner ce glissement en avant, mais montrent bien l'affaissement du corps de la vertèbre réduit à une épaisseur de quelques millimètres; les deux dessins représentent, il est vrai, le sacrum et la colonne lombaire vus de face et par derrière, mais pas de profil, ce qui aurait mieux permis d'apprécier ce mouvement de glissement en avant s'il existe.

« celui du haut à droite s'étend jusque dans la masse osseuse « décrite plus haut. »

Il règne entre le dessin et le texte encore quelques contradictions au sujet de la surface postérieure du sacrum ; comme l'auteur veut voir dans cette petite masse osseuse attenante au sacrum, qu'il appelle le *corps du délit*, un reste d'une vertèbre surnuméraire, il veut retrouver en arrière une apophyse épineuse en plus à lui attribuer; or dans le dessin on ne le retrouve pas; qui ne sait combien ces apophyses se modifient à la surface postérieure du sacrum, même sur les bassins les mieux conformés ? Sur celui qui m'appartient et que j'ai choisi comme se rapprochant le plus de celui qu'on peut considérer comme le *type* du bassin de femme, je trouve l'apophyse épineuse et les apophyses transverses à peine indiquées après la troisième vertèbre sacrée; ce n'est donc pas là qu'il faut chercher la preuve qu'il y a une anomalie.

Ainsi quand l'auteur dit plus loin : « Puisque nous avons trouvé « sur la surface dorsale du sacrum six vertèbres, nous devons « les retrouver à la partie antérieure », son raisonnement ne nous paraît pas fondé sur une base solide, et quand nous comparons de nouveau le bassin avec les deux descriptions, celle de Hecker et celle d'Olshausen, nous voyons la première vertèbre sacrée presque usée comme dans la pièce dont nous avons fait la description et au-dessus d'elle un vestige de la cinquième vertèbre lombaire qui dans notre bassin a totalement disparu en avant et n'est plus visible qu'en arrière, comme dans le bassin d'Olshausen.

Nous croyons donc que ce bassin a une grande analogie avec celui que nous avons décrit, présentant comme lui une flexion en avant très-considérable de la colonne lombaire dans l'aire du bassin, causée par la fonte d'une partie du corps de la première vertèbre sacrée et de celui de la dernière vertèbre lombaire; nous n'y trouvons aucun des caractères du bassin spondylolisthésique, car ce n'est pas dans la légère différence de niveau qui existe en avant, entre la vertèbre sacrée et la vertèbre lombaire, que se trouvent les caractères de cette déformation dé-

crite pour la première par Kilian et qui a sur la déformation réelle du détroit supérieur de si terribles conséquences.

Olshausen termine son observation ainsi :

« Par un procès morbide ont été détruits en majeure partie « le corps de la dernière vertèbre lombaire et celui de la pre- « mière vertèbre sacrée, et déjà de très-bonne heure, dans la vie « fœtale ou la vie extra-utérine, s'est établie une soudure de « ces os, en même temps a été détruit le corps intervertébral de « la dernière vertèbre lombaire ; (1) les restes amoindris de ces « corps vertébraux ont eu à subir la pression de la colonne ver- « tébrale (2), se sont repliés en avant, et ainsi s'est produite une « lordose (3) légère avec une spondylolisthésis de peu d'inten- « sité. »

Dans la discussion qui a suivi cette communication, le professeur Gurlt ne partagea pas la manière de voir d'Olshausen ; « il « attribue cette déformation à la carie et n'y voit point de spon- « dylolisthésis; dans cette affection il ne trouve point de perte de « substance, mais un déplacement du corps des vertèbres. Dans « le bassin proposé, la perte de substance est évidente et elle ne « peut être que le résultat d'une carie, attendu qu'on ne peut ad- « mettre là une fracture. Si on objecte qu'avec la carie on trouve « toujours formation d'ostéophytes, on peut répondre : qu'après « un temps plus ou moins long, ils peuvent être résorbés ; il « leur attribue la saillie du bord de la dernière vertèbre.

« Olshausen finit par concéder la possibilité de cette étio- « logie. »

C'est là l'explication qui nous paraît la plus plausible; elle aurait été admise sans aucune difficulté si on avait connu la déformation décrite par Fehling et par nous, et si on n'avait pas été entraîné à ranger cette déformation dans une classe connue depuis peu, dont on pouvait être tenté de grossir les exemples.

---

(1) Comment concilier cela avec l'histoire de la malade qui ne sent les premières atteintes du mal qui la courbe comme un quadrupède qu'à l'âge de 17 ans !

(2) Après son ramollissement par le mal de Pott.

(3) Cyphose.

BASSINS SPONDYLOLISTHÉSIQUES.

Il nous paraît utile maintenant de passer en revue les bassins spondylolisthésiques connus, ou donnés comme tels, pour rechercher ce qui cause esentiellement cette lésion si intéressante pour l'accoucheur, et de voir si la spondylolisthésis ou glissement vertébral et le spondylizème ou affaissement vertébral, ces déformations si différentes dans leur expression, ne procèdent pas de la même cause : la carie vertébrale, qui permet à la colonne de *s'affaisser sur elle-même* et de s'incliner, quand la maladie atteint *le corps* vertébral qui la *soutient* ; qui produit *la disjonction* de la colonne, et par suite son *glissement*, quand la maladie atteint et détruit ce qui la *maintient*, c'est-à-dire l'arc vertébral avec les apophyses articulaires, transverses et épineuses et les nombreux points d'attaches des ligaments et des muscles qui donnent à cette partie du corps cette étonnante solidité jointe à sa merveilleuse souplesse.

Kilian raconte (1) que se trouvant à Bruxelles dans la salle de travail de la Maternité, le 25 septembre 1836, il aperçut, près d'une fenêtre, dans une armoire destinée à renfermer l'arsenal d'obstétricie, une colonne vertébrale avec le bassin y attenant ; d'après le dire des médecins de l'établissement qui l'accompagnait, la pièce provenait d'une femme sur laquelle, si ses souvenirs étaient exacts, on avait pratiqué l'opération césarienne, avec le succès que la pièce démontrait. Le bassin paraissait parfaitement régulier, tous les diamètres avaient, autant qu'il put le voir, les dimensions normales ; seulement l'ouverture pelvienne était obstruée au plus haut degré par les dernières vertèbres lombaires qui avaient glissé en avant et s'étaient affaissées (*vorwärts geschobenen und etwas herunter gesunckenen Lendenwirbel*) en décrivant au-dessus du détroit supérieur un arc qui avait la direction de la conjugata.

(1) *Schilderungen neuer Beckenformen, etc.*, in-4°, av. pl., Mannheim, 1854. p. 7.

Il n'eut ni le temps ni la facilité de faire à ce moment l'examen minutieux de cette pièce si intéressante, mais elle frappa tellement son esprit par son importance, que dans ses leçons sur les vices du bassin il la mentionnait toujours ; et il est sûr qu'elle est restée gravée dans le souvenir de ses auditeurs.

Il ajoute qu'il n'a pu obtenir, même par l'entremise obligeante de M. Van Huevel, de faire de cette pièce un examen personnel.

Ce bassin ne fut décrit que longtemps après : nous en avons donné plus haut une esquisse. Chose singulière ! cette pièce qui a inspiré pour ainsi dire le travail de Kilian sur la spondylolisthésis, n'appartient pas à ce genre de lésion, comme nous croyons l'avoir démontré ; le coup d'œil jeté dans l'armoire n'a toutefois pas été stérile pour la science.

En 1839, Rokitanski, dans un travail intitulé : « Beiträge zur Kenntniss der Rückgrats krümmungen, mit denselben zusamentreffenden Abweichungen des Brustkorbs und des Beckens (1) », fait connaître deux bassins qui se trouvent au musée pathologique de Vienne, nos 1715-5203, 1756-5248, affectés d'une difformité résultant d'une altération de la colonne lombaire. Les pièces n'éveillent pas en ce moment l'attention des accoucheurs : ce n'est que plus tard que nous les verrons apparaître décrites et appréciées comme elles méritent de l'être.

En 1851, Kiwisch publia (2) dans son Traité d'accouchement la relation d'un cas d'opération césarienne pratiquée à Prague pour une altération particulière du bassin causée par la colonne vertébrale : ce fut pour Kilian un trait de lumière qui raviva le souvenir de Bruxelles, et fit naître le désir d'étudier ce bassin.

Au moment de faire les démarches nécessaires à cet effet, il apprit de son assistant, le Dr E. Lehmann, que celui-ci avait vu pendant ses voyages à la Maternité de Paderborn un bassin qui devait avoir avec celui de Bruxelles et celui de Prague la

---

(1) *Medizinische Jahrbücher der österreich. Staaten neueste Folge*, Bd. XIX, p. 202.

(2) *Geburtskunde,* II abth. Heft 1, § 99, p. 168-170, Erlangen, 1851.

plus grande analogie ; Kilian s'empressa d'écrire au Dr Everken, directeur de la Maternité, pour obtenir communication de cette pièce, de l'observation et l'autorisation d'en faire l'étude et la publication. Ce souvenir et ces pièces ont été l'excitant et la base du travail si important de Kilian, qui dote la science de la connaissance d'une lésion nouvelle du bassin et devient le point de départ de nouvelles recherches.

Nous avons tenu à présenter ainsi cette esquisse historique, puisqu'elle nous a paru confuse partout et présentée quelquefois d'une manière inexacte, et aussi pour donner à ces pièces anatomiques leur rang et nous permettre de les examiner avec ordre pour en apprécier la signification pathologique.

Il est donc naturel que nous commencions l'examen de ces bassins par celui de Prague.

Bassin de Prague.

La première description en a été faite par le Dr B. Seifert, directeur de la Maternité de Prague, et publiée dans *Wiener medizinische Wochenschrift janv.* 1853 *et Verhandl der Physic. med. Gesellschafft in Würtzburg* t. III. p. 340. Kilian, dans son ouvrage, rapporte les choses essentielles de l'observation et donne du bassin une description exacte et pour la première fois un dessin grandeur naturelle très-bien fait, qui a toujours été exactement copié et reproduit en petit (1) dans la plupart des traités.

La nommée N., primipare, âgée de 24 ans, dans les douleurs depuis 24 heures, entra à la Maternité de Prague le 6 juin 1849 ; sa marche était droite : ce n'est qu'en l'examinant à nu qu'on avait remarqué que la hanche gauche était plus haute que la

(1) Celui qui se trouve dans la traduction de Naegele Grenser (1) est très-fidèle, mais donne une indication fautive ; c'est le bassin de Prague que représente cette figure et non, comme le dit la légende, le bassin de Paderborn ; l'erreur est aussi dans la 5e édition allemande, p. 517, qui donne les figures des bassins de Prague et de Paderborn avec des indications erronées.

(1) P. 461, fig. 174.

droite et qu'à la région lombaire se trouvait une lordose très-marquée et dans le milieu de la région dorsale une cyphose de compensation.

Le bassin ayant été mesuré et reconnu trop étroit pour laisser passer un enfant vivant, le professeur Jungmann pratiqua l'opération césarienne ; l'enfant fut sauvé et la femme succomba 6 heures après l'opération, à la suite d'une violente hémorrhagie. Une coupe du bassin montre que le corps de la cinquième vertèbre lombaire a glissé avec la colonne vertébrale dans l'aire du bassin et se soude par sa face antérieure à la surface antérieure du sacrum. Le diamètre antéro-postérieur de l'entrée pelvienne mesure 72 millimètres.

On ne trouve que des vestiges de l'arc de la cinquième vertèbre lombaire et point d'apophyse épineuse. Point de trace d'hydrorachis ni de spina bifida. Le canal vertébral est rétréci vis-à-vis la base du sacrum.

Quand on cherche à se rendre raison du mode de production de cette difformité ou des lésions qui ont pu la rendre possible, on ne trouve de plausible que la destruction ou l'affaiblissement par ramollissement osseux de l'arc de la cinquième vertèbre qui supporte les articulations supérieures et inférieures qui maintiennent l'os en place, travail de destruction suivi d'un travail de réparation qui a eu pour effet de souder le corps de la vertèbre au sacrum après son glissement dans la situation anormale.

Bassin de Paderborn.

Observation et bassin publiés par Kilian dans sa dissertation latine comme doyen de la Faculté de médecine de Bonn, le 3 août 1853, et dans son ouvrage classique en 1854 ; pièce communiquée à l'auteur par le Dr Everken de Paderborn.

La femme Lommius, née en 1810, fut atteinte dans sa onzième année d'une fièvre nerveuse qui laissa à sa suite une raideur de tout le corps ; à la suite des rudes travaux de la campagne, son corps prit une attitude fortement penchée, elle éprouva des douleurs lombaires qui furent très-vives. A l'âge de 17 ans, le

point le plus douloureux était dans la région sacrée, son corp se courbe alors davantage; elle fut réglée à l'âge de 22 ans seulement, se maria à 34 ans, devint enceinte peu après et fit une fausse couche de quelques mois, devint enceinte de nouveau, arriva à terme et subit en 1845 l'opération césarienne avec succès pour elle et son enfant. En 1849, elle devint de nouveau enceinte, mais accoucha prématurément; elle devint enceinté une quatrième fois en avril 1850, sentit les mouvements de l'enfant en septembre; observée alors avec soin, il fut constaté qu'elle était de plus en plus courbée en avant et qu'elle marchait comme un quadrupède. On remarqua une lordose très-prononcée à la partie inférieure de la région lombaire. L'exploration démontrait un côté de la cavité pelvienne spacieux, l'autre rempli par la colonne vertébrale : on devina la déformation. Les premières douleurs se manifestèrent, le 25 décembre 1850. L'opération césarienne fut pratiquée par le Dr Everken; on amena un enfant vivant, la mère se trouva d'abord fort bien, mais elle succomba le 27 décembre.

Dans ce bassin, le sacrum a subi un mouvement de flexion considérable, le sommet de l'angle exagéré que forme cet os correspond à la jonction de la deuxième vertèbre sacrée avec la troisième. La partie inférieure de cet os et le coccyx sont presque dans une situation horizontale (dans la figure très-soignée qu'en donne Kilian et qui paraît représenter le bassin dans l'inclinaison qu'il occupait, c'est une déformation analogue à celle que présente cet os dans certains bassins ostéomalaciques); il en est résulté un abaissement considérable de la base du sacrum, c'est ce qui explique pourquoi trois vertèbres lombaires ont pu s'enfoncer dans l'aire pelvienne si profondément, que la partie supérieure du corps de la troisième vertèbre correspond au niveau du pubis, et que la ligne pubio-vertébrale qui représente la conjugata ne mesure que 53 millimètres. On remarque enfin une élévation considérable relative du pubis qui résulte de l'inclinaison nouvelle qu'a prise le bassin par rapport au tronc si considérablement déformé.

Le corps de la cinquième vertèbre lombaire présente à sa surface inférieure un cran qui repose sur une saillie corres-

pondante du bord antérieur de la première vertèbre sacrée qui est taillée en biseau aux dépens de sa partie antérieure. On voit encore ici sur le dessin l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre lombaire réduite à l'état d'un petit tubercule ; il est évident que de l'arc et des apophyses articulaires il n'existe plus que des traces rudimentaires, bien que quelques hachures dans l'ombre semblent en faire supposer l'existence. La coupe des os montre par les raréfactions du tissu qu'il y a eu là un processus inflammatoire qui a ruiné leur cohésion.

La publication de Kilian acquit un si grand et si juste retentissement par l'étude sérieuse qu'il avait faite de cette déformation, l'accoucheur de Bonn occupait dans la science obstétricale un rang si élevé, la détermination exacte qu'il avait faite de cette lésion mal appréciée avant lui, le nom nouveau qu'il lui avait donné firent une grande impression. On n'eut rien de plus pressé que de revoir les collections pelviennes des musées; c'est ainsi que Spaeth soumit à une nouvelle étude, éclairé par les lumières du travail de Kilian, les bassins viciés qu'il avait déposés en 1836 au musée de Vienne et dont Rokitansky avait fait une description sommaire. Kilian demanda et obtint au moment même où il terminait son ouvrage d'examiner lui-même ces pièces pathologiques. On verra que si l'accoucheur de Bonn entrevit la vérité, il subit néanmoins l'entraînement de sa nouvelle classification. Nous croyons devoir donner la traduction du texte de Kilian.

Bassins de Vienne.

Bassins de Spaeth ou de Rokitansky, décrits par Kilian dans un supplément de *Schilderunger*, etc., p. 122.

« Je reçois heureusement pendant la correction des dernières feuilles de ce travail la communication des bassins décrits par Spaeth, que je dois à la généreuse obligeance de M. le professeur Rokitansky; je ne saurais assez l'en remercier, car je puis après un examen personnel les apprécier avec plus de maturité.

« Il ne peut y avoir le moindre doute que ces bassins appartiennent au groupe qui a été étudié dans mon premier mémoire, à celui dans lequel une disposition vicieuse de la dernière vertèbre lombaire, un glissement en avant de façon à recouvrer la plus grande partie de la surface antérieure de la première vertèbre sacrée, a eu sur la marche de l'accouchement une fâcheuse influence; c'est bien le même *genre* mais pas la même *espèce* de lésion, comme nous verrons plus loin. Malheureusement on ne peut dans ce cas apprécier les particularités de la lésion, attendu que le bassin et la colonne vertébrale ne sont pas sciés en deux dans la direction de la conjugata, ce qui est la condition *sinè quâ non* d'une appréciation exacte du glissement du corps des vertèbres lombaires sur les vertèbres sacrées et du changement de position relative qui en a été le résultat.

Premier bassin.

« Le bassin de Clara T. à Vienne appartient à la catégorie des bassins de Prague et de Paderborn en raison de caractères génériques communs, parmi lesquels je signale dans le bassin de Vienne : l'état manifestement couvert de la surface antérieure de la première vertèbre sacrée par la surface inférieure de la dernière vertèbre lombaire, dont la surface articulaire est totalement dépouillée du disque cartilagineux, au moins dans sa partie antérieure; la flexion en avant et en dedans des ailes de la base du sacrum ; la flexion plus grande de tout le sacrum et la saillie considérable que fait en avant daus l'ouverture pelvienne inférieure la pointe du coccyx; l'élongation des parties osseuses dans la direction de la ligne iléo-pectinée vers la symphyse du pubis; le défaut total d'inclinaison pelvienne produit par la saillie en avant de la paroi antérieure du pelvis; l'aspect dénudé caractéristique, puis-je dire, que présente la surface articulaire de la base du sacrum vue par derrière, en raison du glissement en avant de la dernière vertèbre lombaire dans une étendue visible; le rétrécissement notable du canal rachidien dans le sacrum, autant que je puis en juger sans

avoir scié l'os, et avec cela les signes caractéristiques d'un bassin normal.

« On ne peut donc contester en aucune manière que le nouveau bassin de Spaeth ne doive .être admis comme troisième dans cette catégorie, comme il le dit. Toutefois il se distingue notablement des deux bassins que j'ai décrits, moins par l'intensité de la lésion que par le mode suivant lequel elle se présente. Le premier caractère ressort suffisamment de la description du Dr Spaeth, ses mensurations sont conformes aux miennes telles que j'ai pu les faire; mais au premier coup d'œil on voit qu'il n'y a là qu'une expression amoindrie de la lésion qui, dans le bassin de Paderborn surtout, est manifestée d'une manière tout à fait grandiose. L'autre caractère n'a pas été touché par le Dr Spaeth et doit être exposé avec soin ici, car la chose paraît importante.

« Dans les deux bassins avec spondylolisthésis qui ont été portés par moi à la connaissance des accoucheurs, on ne trouve sur la cinquième vertèbre lombaire qui a glissé dans la cavité pelvienne et sur la base du sacrum que cette modification de la forme motivée par le déplacement; mais l'état anatomique des os est resté intact, si bien que l'anatomiste trouve toutes les parties constitutives de ces vertèbres, mais aucune formation nouvelle d'une certaine importance. La cinquième vertèbre lombaire dans le bassin de Prague, comme dans celui de Paderborn, a une configuration qui n'explique pas son glissement sur la base devenue inclinée du sacrum, ni la raison qui peut l'avoir empêché de glisser plus bas. Les choses ne sont pas ainsi dans le bassin décrit par Spaeth : on trouve sur le corps de la cinquième vertèbre lombaire une altération de forme très-remarquable et sûrement congénitale; sur le tiers inférieur de cet os existe de chaque côté une apophyse courte, de formation nouvelle, qui paraît s'articuler moyennant une lame cartilagineuse mince avec une dépression articulaire correspondante, située au-dessus des trous sacrés et à une petite distance d'eux. Cette articulation de nouvelle formation opposa une barrière infranchissable au glissement de la vertèbre et assigna les limites de son déplacement.

« Par le dessin qui se trouve sur la planche IX de l'ouvrage cité de Kilian, l'auteur a cherché à rendre sensible la lésion et à en faire comprendre le mécanisme; elle serait le résultat d'un mouvement de rotation suivant l'axe transversal de la vertèbre

« Cette disposition remarquable qui, à ma connaissance n'a pas encore été appréciée, qui a été complètement méconnue par le Dr Spaeth, n'a point échappé à la pénétration du coup d'œil de Rokitansky. Ce grand maître, dans les recherches du domaine de l'anatomie pathologique, a en 1839 très-bien décrit ce bassin dans un article très-instructif publié dans le tome XIX (nouvelle suite), p. 202, des *Oesterreichischen medizinischen Jahrbücher*, où il est traité de cette forme rare de *lordose lombaire* qui, d'après ses recherches, est causée par une atrophie congénitale de la première vertèbre sacrée ou la destruction du dernier disque intervertébral (1). Ce bassin porte le n° indiqué par Spaeth $\frac{1715}{5203}$ et provient d'une femme célibataire, journalière, de 22 ans (non 29) qui, après un travail de quatre jours qui dut être terminé par la perforation, succomba le huitième jour à la suite de phlébite utérine. Rokitansky trace en traits nets une description dont un coup d'œil jeté sur le bassin sec fait reconnaître la justesse ; il s'exprime ainsi : « La première vertèbre sacrée est extraordinairement basse et reçoit moyennant deux surfaces articulaires peu concaves dirigées en dedans, situées devant et au-dessus (?) de la symphyse sacro-iliaque, deux apophyses articulaires de la partie inférieure du corps de la cinquième vertèbre lombaire, de telle manière qu'il paraît comme enclavé dans le sacrum et que la surface articulaire de la vertèbre sacrée est descendue dans le bassin et fait une saillie en avant de 4 lignes » (c'est-à-dire 9 millimètres).

« Il n'y a rien à ajouter à ces paroles, car elles expriment complètement la particularité du fait ; je ne veux y souligner que ce fait « *que la première vertèbre sacrée est très-basse*, » ce qui

(1) N'est-ce pas *cyphose* qu'il faut lire ? La lordose, c'est-à-dire courbure à convexité postérieure, ne peut pas être produite par cet ordre de lésions, mais bien la cyphose.

ne peut être prouvé que par une section longitudinale de la paroi pelvienne postérieure, car dans l'état où les choses se trouvent en ce moment, personne ne peut dire avec certitude si le peu de hauteur de la première vertèbre sacrée est réelle ou paraît seulement telle en raison de la situation supérieure et saillante de la vertèbre lombaire, attendu que les faits de Prague ou de Paderborn conduiraient à admettre la première supposition.

« D'après ces faits, il n'est pas douteux, pour nous il est certain, et pour d'autres ce le sera aussi, que dans les cas que j'ai décrits le glissement vertébral ne s'est produit que pendant la vie ; dans le deuxième cas, celui de Paderborn, le moment peut être déterminé de façon à ne laisser de doute à personne que, dans le cas décrit par Spaeth, la difformité a été congénitale. On pourrait poser aux observateurs futurs la question si la difformité qui survient pendant la vie ne se distingue pas par l'absence de ces surfaces articulaires que nous avons trouvées sur le bassin de Spaeth. »

Il ressort pour nous de cet examen quatre choses importantes :

1° La disparition du corps de la première pièce du sacrum ; de cet os il ne reste que la partie correspondante de l'aileron entaillée de chaque côté pour recevoir la partie latérale de la cinquième vertèbre lombaire descendue plus bas à la place du corps de la première vertèbre sacrée ; les premiers trous sacrés antérieurs sont fermés en haut par la partie latérale du corps de la cinquième vertèbre.

2° Cette cinquième vertèbre lombaire n'a en avant que la moitié de sa hauteur ; son bord inférieur assis sur la deuxième pièce sacrée ne paraît pas en dépasser en avant le niveau antérieur.

3° Il en résulte une diminution peu sensible du diamètre antéro-postérieur ;

4° Il paraît exister une inclinaison très-sensible de la colonne vertébrale en avant dans une étendue que la description et le dessin ne permettent pas de préciser ; en tout cas il y a disparition d'un corps vertébral sacré, réduction de la moitié de la

hauteur du corps de la dernière vertèbre lombaire, diminution insignifiante de la conjugata et inclinaison en avant de la colonne, par conséquent affaissement de celle-ci et inclinaison sur l'orifice, *spondylizème* plutôt que glissement dans la cavité pelvienne, *spondylolisthésis* comme dans le bassin de Prague, de Paderborn et autres, où la colonne a manifestement glissé dans la cavité et a si considérablement réduit ses dimensions dans le sens antéro-postérieur surtout.

Est-ce là une modification congénitale ou acquise? L'histoire de la malade nous manque pour le dire; peu importe le moment où cette lésion s'est accomplie quand ses caractères essentiels sont si évidents, que cette différence de la lésion a fait dire à Kilian que *c'était une espèce autre du même genre de lésion.*

Deuxième bassin.

« Je dois à la bonté de Rokitansky l'envoi d'un second bassin qui n'a point d'intérêt au point de vue obstétrical; il provient d'une femme de 28 ans morte subitement et a été trouvé à l'autopsie médico-légale du cadavre : on ne dit pas que la femme ait accouché ou non. Ce bassin, recueilli en 1837, est inscrit sous le n° $\frac{1766}{5248}$, a été décrit par Rokitansky dans le travail cité plus haut (*Oœst med. Jahrb.* XIX. 203). Il est très-grand, les os sont durs et d'un tissu grossier, le diamètre transversal mesure 17 cent., le diamètre de Dewenter (sacro sous-pubien) 155 millim.; une lordose très-accusée avait conduit à un examen plus précis du bassin, et on trouva une disparition complète du cartilage intervertébral et par suite un glissement en bas (*herabgleiten*) très remarquable de la cinquième vertèbre lombaire et une ankylose complète de celle-ci avec la première vertèbre acrée réduite par la compression à une hauteur de 2 centimètres seulement. L'effet de ce glissement est au reste le moins considérable de tous ceux qui se sont produits sur les bassins connus jusqu'ici. L'éloignement de la colonne vertébrale du bord supérieur de la symphyse est à peine de 8 centimètres : nous remarquons une diminution sensible de l'inclinaison du

bassin, une courbure plus grande du sacrum, une saillie notable du coccyx dans l'ouverture pelvienne inférieure et une diminution de hauteur de la cinquième vertèbre lombaire, surtout appréciable de profil.

« Il n'y a pas de traces de formation de surfaces articulaires nouvelles comme dans le bassin de Vienne précédemment décrit.

« Ce qu'il y a de plus remarquable dans ce cas, et ce qui peut peut-être conduire à trouver l'étiologie de la lésion est la *disposition spéciale du canal vertébral* derrière la cinquième vertèbre lombaire et vis-à-vis les deux premières vertèbres sacrées ; il y a là un *élargissement* notable et comme conséquence un amincissement visible de l'arc vertébral courbé énergiquement en arrière et en haut, la partie postérieure du canal vertébral sacré est *amincie*, *élargie*, *dilatée* et comme *soufflée*, si bien que l'entrée de ce canal mesure 45 millimètres en largeur et 27 millimètres d'avant en arrière, ce qui contraste singulièrement avec le bassin de Prague et de Paderborn, attendu que dans le dernier, la première dimension n'est que de 20 à 22 millimètres.

« Il n'y a pas de doute que dans ce cas il n'y ait eu là une accumulation de liquide, positivement un certain degré d'hydrorachis, quoi qu'on ne puisse dire qu'elle ait été la cause du glissement vertébral ; nous le supposons, car c'est l'application la plus naturelle de la formation de cette lésion. »

Diamètre *sacro pubien* très-grand, de près de 13 centimètres, colonne lombaire inclinée vers le pubis, de façon à ne plus s'en éloigner que de 8 centimètres ; Diminution de la moitié de la hauteur de la cinquième vertèbre lombaire, cause de cette inclinaison vertébrale en avant, tels sont les caractères essentiels de cette lésion où l'on ne voit point de glissement, mais un affaissement vertébral, un *spondylizème* à un degré peu considérable. Quant aux particularités observées à la partie postérieure du rachis, à ces traces d'hydrorachis, il est impossible de les apprecier par cette simple description à laquelle la théorie de Lamb. ne semble pas avoir été étrangère, la suite paraît me le démontrer. J'avais chargé mon fils, le Dr Alph. Herrgott, d'examiner

ces deux bassins pendant son séjour à Vienne; M. le Dr Chiari, assistant du professeur Heschel, successeur de Rokitansky, a eu la bonté de lui remettre ces pièces. La note qu'il m'a adressée avec des croquis, qui montrent avec quelle exactitude Kilian les avait étudiées, confirme donc pleinement mes réflexions.

Bassin de Munich.

Décrit par Breslau, *Scanzonis Beiträge zur Geburtskunde und Gynækologie*, B. II, 1, avec planches, 1855 (analysé dans *Monatschr*, VI, 457).

L'attention éveillée par le travail de Kilian se porta, avons-nous dit, sur les collections anatomo-pathologiques, afin de rechercher les pièces analogues à celles qui venaient d'être présentées au public; c'est ainsi que le professeur Breslau découvrit dans le musée de Munich un bassin qui semblait présenter cette singulière déformation. On ne connaissait pas sa provenance, on ne savait même pas avec certitude à quel sexe il appartenait, par conséquent ce n'est pas une histoire complète, mais la description d'une pièce d'anatomie pathologique que Breslau put donner. Il le fit avec le plus grand soin et publia des dessins qui représentent très-bien la déformation; elle n'est pas aussi intense que sur le bassin de Prague et de Paderborn. Un trait de scie qui sépare verticalement le bassin en deux, suivant le plan vertical, montre que le cartilage, entre la cinquième vertèbre lombaire et la première vertèbre sacrée, manque complétement, qu'un léger bord marque sa place, que les deux vertèbres sont soudées ensemble, que cette jonction est marquée par une saillie de 5 millimètres à laquelle tient en haut, en bas et en arrière un tissu spongieux; la cinquième vertèbre lombaire dépasse de la moitié de son épaisseur le corps de la première vertèbre sacrée, si bien que cette dernière est couverte par l'autre; environ 22 millimètres de la surface antérieure de la première vertèbre sacrée sont recouverts par la surface inférieure de la dernière vertèbre lombaire (à peu près comme dans le bassin de Paderborn) qui se termine en arrière

par une saillie étroite qui limite la surface supérieure de la première vertèbre sacrée. La vertèbre lombaire est comme à cheval sur la vertèbre sacrée par une branche plus forte en avant, une autre plus petite en arrière.

Il paraît vraisemblable à l'auteur que ce bassin n'a été déformé qu'après la puberté, par un travail de ramollissement du cartilage inter-vertébral et des tissus circonvoisins, à la suite duquel ces tissus ont été résorbés; que ce travail a permis le déplacement des os, qui se sont fixés dans leur nouvell position. Il n'est pas possible de donner une explication plus satisfaisante et plus simple de ce processus pathologique.

Il est tout naturel que l'on ait cru devoir, dans la pratique, attribuer à cette nouvelle et si grave déformation du pelvis les obstacles mécaniques à l'accouchement qu'on devait rencontrer, pour peu que quelques signes en indiquassent la probabilité; c'est ainsi qu'en 1865 on trouve dans *Schmidt's Jahrbücher*, n° 12, l'analyse d'un cas observé par Lehmann à Amsterdam, où cette déformation fut soupçonnée. Comme nulle pièce anatomique n'a prouvé la justesse de la supposition, nous n'en parlerons pas.

Ces publications devaient nécessairement susciter un examen nouveau de cette lésion; Lambl publia, dans le tome III des *Beitr. di Scanzoni*, un travail intitulé : *Das Wesen und die Entstehung der spondylolisthesis* (sa nature et son mode de production). Il examine successivement les cinq bassins dont nous venons de parler, celui de Prague, de Paderborn, les deux de Vienne et celui de Munich, et il trouve que la cause de la déformation est due à une vertèbre surnuméraire qui, agissant comme un coin, fait dévier la colonne et la rejette en avant. On cherche en vain dans les dessins si exacts les traces de cette vertèbre, de *ce corps du délit*, comme dira Olshausen plus tard; on est obligé de convenir qu'on ne le voit pas, ou qu'il se présente sous la forme de parcelles osseuses qui ont échappé à la destruction ou qui se sont formées dans le processus inflammatoire concomitant. Nous n'aurions pas parlé de ce travail, qui défend une théorie qui nous paraît ne mériter que l'oubli si, en raison des documents importants cherchés partout, on ne

le trouvait toujours mentionné. Dans le même volume se trouve une note intitulée : *Beiträge zur Aetiologie der Wirbelsechiebung*, par le professeur Breslau (documents pour l'étiologie du glissement vertébral) où, à l'appui de ses idées et de celles de Kilian, sont produites des pièces anatomo-pathologiques empruntées au musée Dupuytren.

Dans un supplément au travail de Lambl, nous avons trouvé enfin la description que nous avons donnée plus haut du bassin de Bruxelles qui avait éveillé l'attention de Kilian.

Pour suivre l'ordre chronologique, nous devons mentionner qu'en septembre 1860 Credé présenta à la Société des naturalistes à Kœnigsberg, et en 1861 à la Société obstétricale à Berlin, un bassin spondylolisthésique qui est plus tard étudié par Fehling et apprécié autrement, comme nous l'avons vu.

Bassin de Zurich.

Peu après, en 1861, le professeur Breslau devait trouver, à la maternité de *Zurich*, à la tête de laquelle il est placé, dans un nouveau bassin appelé Bassin de Zurich, remarquable sous plusieurs rapports une nouvelle occasion d'étudier cette déformation pelvienne. Cette pièce est décrite par le professeur Breslau dans le t. XVIII, p. 411, de la *Monatschrift f. Geburtskunde* et fait le sujet principal de la dissertation inaugurale d'un de ses élèves le Dr Billeter, qui représente la pièce par trois figures : une coupe donnée dans le travail de Breslau et reproduite en contre-partie et deux vues de l'ensemble du bassin, une de trois quarts de devant et l'autre de trois quarts de derrière. Notre fig. 4 est calquée sur la coupe que donne Billeter.

L'histoire sommaire de la malade est celle-ci. Dans la nuit du 17 au 18 avril 1861, on amena de la campagne à Zurich une femme de 43, enceinte pour la première fois et à terme ; le médecin ayant jugé le bassin trop étroit avait cru devoir envoyer la malade à la maternité de Zurich. La femme était petite (1 m. 46 cent.), de structure solide et ne portait pas de traces de courbure rachitique sur ses extrémités inférieures. On constate une dépression de la région lombaire, (lordose, longue de 10 c.,

flèche 25 mill.) Le sacrum était extraordinairement saillant, il avait une bonne courbure; à travers les téguments on sent distinctement l'apophyse épineuse de la première vertèbre sacrée (on vit plus tard que c'était celle de la cinquième vertèbre lombaire). Point de trace cicatricielle de spina-bifida.

Après un examen minutieux, le professeur Breslau diagnostiqua une spondylolisthésis et apprécia le diamètre antéro-postérieur : moins de 8 centimètres.

On apprit que la parturiente avait été dans son enfance, jusqu'à 17 ans, droite « comme un cierge, » qu'à cette époque elle avait éprouvé des douleurs lombaires à la suite desquelles elle s'était inclinée en avant. Les douleurs se déclarèrent dans la nuit du 18 ou 19 avril. L'enfant se présenta par la tête; à la rupture de la poche il s'écoula un liquide sali par du méconium, et il y eut procidence du cordon. L'opération césarienne parut indiquée, mais la vie de l'enfant étant menacée, on essaya de faire la version pour faire l'extraction par les pieds; on saisit un pied, mais la position de l'enfant ne put être changée, il se déclara une métrorrhagie, on fit dans la soirée une seconde tentative de version, on se proposait de réduire le volume de la tête lors de l'extraction; une nouvelle hémorrhagie se déclara et la femme succomba le soir à 11 h. et demie sans qu'elle ait pu avoir été délivrée.

On constata à l'examen du bassin, la descente de la colonne lombaire dans l'aîre du détroit supérieur; le corps de la dernière vertèbre lombaire se trouve placé au-devant de la première vertèbre sacrée qui est diminuée elle-même de hauteur; la vertèbre lombaire est attachée au sacrum par un lien osseux qui n'a que 2 millimètres d'épaisseur qui correspond à la jonction de la première vertèbre sacrée avec la seconde, la distance qui existe entre la surface postérieure du corps de la cinquième vertèbre lombaire et la surface antérieure de la paroi postérieure du canal vertébral, vis-à-vis le milieu de l'apophyse épineuse de cette vertèbre, est de 4 cent. au lieu de 15 mill.; l'arc vertébral a donc été déformé d'une manière considérable, et cette déformation, qui n'a pu survenir qu'à la suite du travail de ramollissement de cette partie de la vertèbre, a permis cette alté-

ration de forme de la colonne sous l'influence de la pression du poids du corps ; on assiste pour ainsi dire à la maladie, qui à 17 ans seulement se déclare, et altère alors seulement la stature de cette femme jusque-là droite. Cette pièce ruine, par conséquent, la théorie de Lambl. Au reste, le professeur Breslau, qui déjà l'avait combattue y revient dans les réflexions qui suivent cette importante description et attribue de nouveau la lésion à un travail de destruction osseuse auquel s'ajoute le poids du corps; et nous disons à l'examen des trois planches de Billeter, de la 2e surtout que ce sont les ligaments seuls qui ont encore maintenu la cohésion des éléments de la colonne si gravement compromise par la maladie. Billeter suit son maître dans cette voie comme on pouvait s'y attendre, et confirme par ses études personnelles les vues de celui-ci.

Nous devons mentionner ici une note du Dr Birnbaum, de Cologne, intitulée : « Ein Becken mit Uberhebelung der Lendenwirbel von hinten noch vorn » (Bassin avec mouvement de bascule d'arrière en avant de la colonne lombaire).

La description du bassin ainsi que les trois figures lithographiées qui y sont jointes sont tellement confuses qu'il nous a été impossible d'en tirer quelque chose de précis, ce n'est pas de la spondylolisthésie, c'est évident, et ce bassin ne forme point de transition vers une spondylolisthésie vraie, comme le dit Grenser dans la note du § 577 (p. 462 de la trad.), c'est une inclinaison de la colonne lombaire en avant avec diminution de la hauteur de la première vertèbre du sacrum, point d'histoire de malade et point d'indications précises qui puissent nous servir de base solide pour un argument étiologique. Ce travail se trouve dans le t. XXI, p. 340, de la Monatschrifft f. die Geb. 1863.

Bassin de Halle.

L'année suivante nous trouvons dans le même journal, t. XXIII, p. 190, un nouveau cas de spondylolisthésie décrit par le professeur Olshausen de Halle. Deux figures lithographiées, bien dessinées accompagnent ce travail.

A. M. âgée de 24 ans, primipare, fut reçue en juin 1863 à la

Maternité de Halle dans le 8e mois de sa grossesse, elle est petite, trapue (1 m. 52), solidement bâtie, point de courbure sur les extrémités inférieures. Dépression fortement accusée dans la région lombaire, lordose de la partie inférieure de cette région, région thoracique normale, muscles puissants, marche balancée, les pieds dans la marche sont très-rapprochés, le haut du corps est plus rejeté en arrière que chez d'autres femmes enceintes, on attribue cela à une obliquité utérine antérieure très-considérable. Elle ne peut rien dire qui fasse penser qu'elle ait dans son enfance souffert du rachitisme. Elle ne sait si elle a appris à marcher tard ; à l'âge de 18 ans, elle éprouva des douleurs dans les lombes et dans les hanches, ce qui motiva son entrée à l'hôpital de Halle. Elle fut traitée pour une affection de la colonne vertébrale. Elle en sortit avec une attitude particulière : flexion du tronc dans les articulations des hanches, le corps penché en avant. Si le tronc était étendu la flexion existait dans les genoux, légère déviation à droite de la colonne.

A l'examen, on toucha avec facilité la paroi postérieure du pelvis et on crut à l'existence d'un bassin rachitique d'après la forme du sacrum, toutefois on fut étonné de trouver deux artères très-considérables, ce qui fit hésiter le diagnostic et l'incliner un peu du côté de la spondylolisthésis, mais non avec assez d'importance pour l'entraîner entièrement de ce côté, la conjugata fut trouvée moindre de 8 centimètres.

L'accouchement fut terminé par l'opération césarienne, l'enfant du sexe féminin se portait bien, trois mois après sa naissance à l'époque où l'observation fut publiée.

La femme succomba le quatrième jour à la suite d'une péritonite.

Le Bassin présente au plus haut degré, le caractère de la spondylolisthésis, son inclinaison est presque effacée ; la partie supérieure de la symphyse pubienne se trouve au niveau du milieu de la troisième vertèbre lombaire; cette conjugata ne mesure que 35 millim. Le sacrum se trouve, par conséquent, très-bas et sa hauteur est diminuée par la fonte d'une première

vertèbre sacrée qui est très-poreuse et qui renferme une grande lacune à sa partie inférieure, la cinquième vertèbre lombaire, usée aux dépens de sa partie inférieure, est appliquée et soudée à la surface antérieure du sacrum ; entre les deux surfaces osseuses, soudées par places, on voit un petit corps qui d'après le dessin aurait l'épaisseur d'une pièce de 1 franc inégale et qui semble attachée à la surface antérieure du sacrum, l'auteur la présente comme le reste d'un corps intervertébral rudimentaire *rudimentäre intervertébral Scheibe, ce corps du délit* découvert par Lambl et recherché par ceux qui ont été séduits par sa théorie. Nous n'avons pas le bassin en mains et nous ne pouvons juger que par le dessin très bien fait qui accompagne ce travail, nous ne trouvons dans ce pétit fragment qu'un débris osseux provenant des ruines effrondrées des corps vertébraux ou bien une production osseuse de formation récente datant du processus inflammatoire de réparation qui a suivi cet effondrement.

Nous voyons quatre vertèbres lombaires, mais nous ne trouvons que trois apophyses épineuses ; de la dernière il ne reste qu'une petite lame osseuse aplatie, impuissante à maintenir la colonne dans sa situation verticale, sur la deuxième figure qui représente le bassin vu par derrière, on remarque que le canal vertébral est ouvert et qu'il pourrait y avoir eu, en effet, un hydrorachis dans la vie fœtale qui a empêché la fermeture du canal vertébral sur le sacrum ; mais sur la coupe de la colonne nous ne voyons rien de pareil et quand bien ce serait, cela ne prouverait rien contre la théorie qui attribue ces désordres à une fonte osseuse, car jusqu'à l'âge de 17 ans, jusqu'au moment où elle a été forcée d'entrer à l'hôpital, la malade avait été droite, elle sortit de l'hôpital inclinée ; est-ce la vertèbre surnuméraire *supposée* ou le mal de Pott qui a causé le désordre ? Le mal est là avec ses traces indélébiles, ses effets visibles et tangibles. La maladie a trouvé la partie postérieure de la colonne peut-être plus disposée à un défaut de cohésion, nous l'accordons volontiers, mais elle a maintenu pendant 17 ans la rectitude de la colonne ; quant à la vertèbre surnuméraire, nous ne l'avons jamais rencontrée sur les bassins que nous avons exa-

minés avec la plus scrupuleuse attention et nous ne la voyons pas dans ce débris informe, ce vestige osseux auquel on donne tant d'importance.

Nous mentionnons les conclusions qui terminent ce travail :

« 1° Les douleurs vives dans la région lombaire à l'époque de la puberté sont des anamnestiques de la plus haute importance pour le diagnostic de la spondylolisthésie.

« 2° La forme de la lordose lombaire spondylolisthésique n'est pas très éloignée de la forme rachitique et ne fournit pas au diagnostic un point d'appui certain.

« 3° Le lieu du glissement vertébral n'est pas facile à apprécier par le toucher et la convexité de la colonne peut être confondue avec celle du sacrum.

« 4° Les pulsations des artères iliaques ou de l'une des deux facilitent le diagnostic.

« 5° La théorie de Lambl trouve dans ce cas un appui en raison des vestiges de spina bifida de la région sacrée.

« 6° Toutefois le glissement vertébral ne s'est fait que lors de la puberté. »

Il est illogique de tirer d'un fait des conclusions générales, c'est la seule réflexion que nous avons à faire.

Bassin de Stuttgard.

En 1865, un nouveau cas est cité dans la science. Nous le trouvons encore dans le même journal t. XXV, p. 465, sous la rubrique « Neuer fall von Spondylolisthesis ; Geringer grad von « Beckenenge ; kunstliche Einleitung der Frühgeburt ; güns- « tiger Ausgang für Mutter und Kind, aus der Gebäranstalt zu « Stuttgard mithgetheilt von G. Hartmann. » (Nouveau cas de spondylolisthésie ; étroitesse pelvienne peu considérable ; accouchement prématuré, succès pour la mère et l'enfant).

Après avoir lu les détails des accouchements si graves causés par la spondylolisthésie, on éprouve en lisant le titre ci-dessus un véritable soulagement, mais bientôt, à la lecture de l'obser-

vation, ce sentiment est remplacé par le doute sur la nature de la lésion qui a motivé l'intervention de l'art.

Voici le sommaire de cette histoire, car il n'y a point de pièces anatomiques à examiner ou à apprécier.

En février 1865 se présenta à la maternité de Stuttgard, une femme de 24 ans, enceinte pour la seconde fois; la première fois, elle était accouchée spontanément et sans difficultés d'un enfant mort, à la fin de la 39e semaine de la grossesse.

En l'examinant par le toucher, on trouva à la paroi pelvienne postérieure droite les battements d'une grosse artère comme ceux de l'iliaque primitive; aussitôt se présenta à l'esprit de l'accoucheur la quatrième conclusion du mémoire d'Olshausen, qui venait de paraître; ce fut comme la borne qui fit dévier le diagnostic de sa direction vers le rachitisme pour le conduire vers la spondylolisthésis. Une fois lancé dans cette direction, tout devait l'y engager davantage. La femme était petite, ne mesurait que 1m,40; à l'âge de 2 ans on l'avait laissée tomber, elle en avait éprouvé des douleurs dans les reins; elle resta couchée pendant longtemps, et dut être portée à l'École; c'est à ceci qu'elle attribue la petitesse de sa taille et sa cambrure en arrière, qui l'empêchait de se plier en avant.

A 15 ans, elle est menstruée et se porte bien, accouche une première fois, comme nous avons dit, et entre enceinte pour la deuxième fois à la Maternité, où l'on constate ce que nous avons dit plus haut.

L'attention étant éveillée, on procède à un examen minutieux : on constate la lordose lombaire, on ne trouve pas la saillie de l'apophyse épineuse de la première vertèbre sacrée, ni de traces de cicatrices dans la région sacrée (hydrorachis, Lambl). Par le toucher, on constate au-dessous du promontoire et à gauche une surface osseuse convexe dont le point le plus rapproché est éloigné de la symphyse de 11 centimètres; cette surface se perd en arrière et en bas. En pressant, on croit trouver l'angle sacro-vertébral et constater l'existence de deux surfaces osseuses non juxtaposées, mais la supérieure dépassant comme un toit l'inférieure de plusieurs lignes; on retrouve les battements du gros tronc artériel; en conséquence, le diag-

nostic de spondylolisthésis ne paraît plus douteux. Le diamètre antéro-postérieur est évalué à 9 centimètres ou 95 millimètres. On constate une situation inclinée du fœtus, la tête en bas, le dos en avant, et à gauche, beaucoup d'eau dans l'amnios.

On se décide à provoquer l'accouchement un mois avant terme, dans la première quinzaine de mars.

Il a lieu de la façon la plus normale : présentation crânienne occipito gauche. L'enfant est vivant, la mère va bien. Après la sortie de l'enfant, une exploration faite avec la main introduite dans les parties génitales constate *que c'est bien la colonne lombaire descendue dans l'aire du bassin qui forme la paroi postérieure du pelvis ; on put sentir les corps inter-vertébraux entre les vertèbres et constater que le promontoire est formé par la partie inférieure du corps de la quatrième vertèbre lombaire, et cette fausse conjugata* (diamètre sacro sous-pubien) fut trouvée d'une longueur de 11 centimètres (par conséquent la vraie de 9 1/2).

Cette diminution du diamètre antéro-postérieur de 15 millimètres seulement n'a donc pas inspiré de doutes à l'auteur sur la réalité de son diagnostic ! tant a été forte l'impulsion qu'il avait éprouvée dans cette voie. Nous avouons être beaucoup plus réservé et nous serions disposé à ne voir là qu'une déformation rachitique à un degré encore peu considérable, mais non une de ces déformations redoutables qui imposent presque toujours la cruelle indication de l'opération césarienne ; ce cas reste donc douteux pour nous et ne peut pas servir à élucider le problème étiologique dont nous poursuivons la solution dans ce travail. Nous avons cru devoir reproduire le sommaire de cette observation pour ne pas encourir le reproche d'omission et pour montrer par un exemple où peut conduire une idée préconçue.

Resterait à examiner un dernier cas publié par Burus, dans *Obstetrical Transactions*, t. VI, p. 78, 1865 ; mais nous n'avons pu nous procurer cet ouvrage. Notre étude se basera donc sur les faits dont nous avons reproduit les choses essentielles au point de vue où nous nous sommes placé.

RÉSUMÉ.

Ainsi qu'on a pu le voir, nous n'avons eu recours dans notre étude qu'aux mémoires originaux dont nous avons mis sous les yeux textuellement les choses essentielles; nous avons donc donné à notre jugement une base solide et fourni à ceux qui veulent bien nous suivre dans cette étude les éléments de contrôle et l'indication de toutes les sources auxquelles nous avons puisé nos renseignements. Sur onze bassins signalés comme spondylolisthésiques dans une note de la traduction du traité de Nægele Grenser (p. 460), nous n'en avons trouvé que cinq qui méritent réellement de figurer dans cette classification, ce sont ceux de Prague, de Paderborn, de Zurich, de Halle et de Munich, qui présentent les caractères essentiels de cette déformation. Car les deux bassins de Vienne sont au moins douteux. Le premier bassin d'Olshausen est manifestement un bassin spondylizématique; si nous y ajoutons ceux de Stoltz, de Fehling, de Belloc et celui de Bruxelles, dont les caractères sont si nettement accusés que le doute ne peut subsister, nous trouvons cinq bassins spondylizématiques. Ce chiffre semblerait prouver que l'affaissement vertébral serait au moins aussi fréquent à la région lombo sacrée que le glissement vertébral; en est-il ainsi dans les autres parties de la colonne rachidienne? Nous n'oserions l'affirmer.

Nous aurions désiré pouvoir appuyer cette dernière proposition par des pièces conservées dans les musées, mais le musée Dupuytren, que nous avons visité avec M. Houel, le directeur, la collection de la Maternité de Paris, que nous avons visitée aussi avec MM. les Drs Pinard et Budin, anciens internes de cet établissement, ne renferment rien. Nous avons donc été réduit à ne pouvoir examiner que le catalogue et les suppléments de celui de Strasbourg publiés par les soins de M. le professeur Ehrmann.

Nous trouvons mentionné sous le n° 797, carie et destruction du corps des 2e, 3e, 4e et 5e vertèbres, bassin régulier.

Sous le n° 802, carie des quatre dernières vertèbres lombaires et de l'iléon.

Sous le n° 807, bassin de femme avec carie de la base du sacrum.

Dans ces trois pièces, la colonne privée de son appui, a dû s'infléchir en avant, mais dans quelle mesure? Y a-t-il eu couverture du canal pelvien à un degré quelconque, c'est ce que nous ne savons pas.

Nous sommes persuadé que l'attention éveillée sur ce sujet aura pour effet de provoquer de nouvelles recherches qui feront découvrir dans les musées et la pratique des specimens nouveaux de ces altérations et de nouveaux cas de spondylizème qui ont été regardés ou qui pourraient l'être comme des specimen ou des exemples de spondylolisthésis.

Nous n'avons pas attendu longtemps pour voir la réalisation de cette espérance. M. le professeur Depaul possède aussi un bassin spondylizématique qu'il a montré à l'Académie de médécine en lui faisant le rapport sur mon travail. Dans la discussion qui a suivi la lecture du rapport, M. J. Guérin a dit qu'il possédait plusieurs spécimens de cette lésion. Je viens de recevoir une lettre du Dr Binet, de Vence (Alpes Maritimes), qui me signale un cas de dystocie, décrit par lui dans le dernier numéro du *Bulletin général de thérapeutique*, qui, selon toute probabilité, serait selon lui le résultat d'une déformation spondylizématique. J'ai reçu d'autre part un travail important du Dr Weber Ebenhof, professeur à l'Ecole de Prague, qui fait connaître deux nouveaux bassins spondylolisthésiques et de très-intéressants détails sur la genèse de cette affection qui confirment mes vues ; ce travail sera publié.

CONCLUSIONS.

Les *Conclusions* que nous croyons pouvoir tirer de cette étude sont les suivantes :

Les maladies de la colonne lombaire et du sacrum peuvent

entraîner deux déformations essentiellement différentes, selon que la carie atteint le corps ou l'arc de la vertèbre.

A. Dans la première, où est détruit le corps de la vertèbre, qui est le *soutien* de la colonne, celle-ci *s'affaisse* sur elle-même et s'incline ; cette inclinaison peut entraîner une projection en avant si considérable de la colonne, que celle-ci *couvre* le détroit supérieur et empêche l'engagement fœtal dans le canal ; c'est cette lésion que nous avons appelée *spondilizème* (affaissement vertébral). Voyez figure 2.

B. Dans la seconde, où est altéré l'arc vertébral, qui *maintient* la colonne moyennant les articulations inter-vertébrales et les apophyses, qui donnent attache aux ligaments et aux muscles de la région ; la colonne, obéissant aux lois de la pesanteur, *glisse* en avant dans la cavité pelvienne et l'obstrue. C'est cette lésion à laquelle Kilian a donné le nom de *spondylolisthésie*, glissement vertébral (voyez fig. 4).

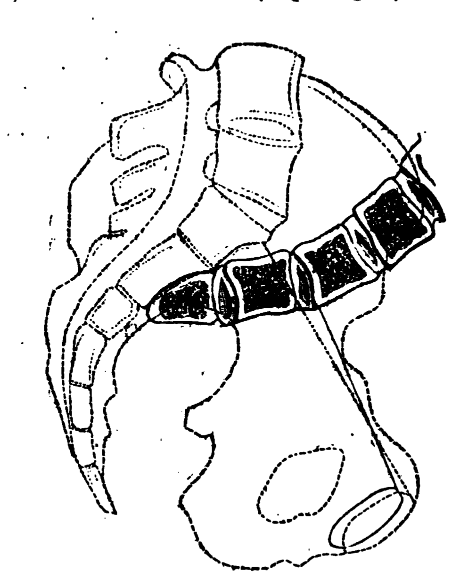


Fig. 4. — Coupe du bassin spondylolisthésique de Zurich et coupe d'un bassin normal superposées ; 1/3 de grandeur.

C. Dans le *spondylizème*, le diamètre sacro-pubien conserve

sa longueur normale, il peut même être augmenté en raison de la diminution de la hauteur de la base du sacrum, mais le *détroit* à franchir par le fœtus est reporté plus haut, il est constitué par une ligne qui du pubis s'étend au corps d'une vertèbre lombaire (voyez fig. 2) ou dorsale (fig. 3) rapprochés du pubis par l'inclinaison en avant de la colonne.

D. Dans le *spondylolisthésis*, le diamètre sacro-pubien est rétréci par l'interposition du corps des vertèbres lombaires entre le sacrum et le pubis, par suite de leur glissement dans le canal pelvien au-devant du sacrum.

Les conséquences de ce dernier mode de lésion sont pour le bassin plus graves que celles du premier, mais les deux peuvent, ainsi qu'on l'a vu conduire aux nécessités les plus douloureuses de la médecine opératoire obstétricale.

REVUE GÉNERALE.

STATISTIQUE DES OPÉRATIONS PRATIQUÉES POUR DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES.

Le remarquable mémoire de M. le professeur Verneuil, publié dans le numéro de janvier des *Annales de Gynécologie*, m'a donné l'idée de résumer un travail récemment publié sur la matière et de passer en revue quelques documents antérieurs. Naturellement cette revue sera purement statistique, car s'il fallait entrer dans les détails, elle acquerrait des proportions exagérées.

I.

Wilms a fait publier par son assistant le Dr Rose (*Annalen der Charite* 1863, t. XI, p. 79) les résultats de sa pratique. Sur dix-sept observations de fistule vésico-vaginale, neuf furent guéries par une seule opération. Quatre fistules vésico-utérines

superficielles furent également guéries par une seule opération; deux nécessitèrent plusieurs opérations; enfin deux malades succombèrent après la guérison.

Le travail de Baker-Brown (*British med. Journ.* 29 mars 1863) est établi sur 55 observations : 43 ont été suivies de guérison complète, 2 de mort, une d'amélioration. Il y eut 5 insuccès et 4 femmes se trouvaient encore en traitement.

Le travail de Heppner, de Saint-Pétersbourg (*Mon. f. Geburtsh*, t. XXXIII, p. 95), est établi sur 22 observations, 18 donnèrent une guérison complète; 2 une amélioration, 1 un insuccès, enfin une d'elles se termina par la mort. Ce cas est remarquable en ce que la fièvre et les douleurs abdominales ne se montrèrent que dix-huit jours après la seconde opération. A l'autopsie, on trouva un exsudat fibrineux dans la cavité abdominale et particulièrement dans le cul-de-sac recto-utérin. Intestins, utérus et annexes adhéraient à la paroi abdominale. La trompe gauche était distendue par un liquide purulent, la muqueuse uterine était boursouflée et les veines distendues par intervalles. La péritonite fut attribuée à l'entrée de l'air dans l'utérus.

Schuppert (*A Treatise, on vesico-vaginal fistula* New-Orléans, 1866) décrit 17 opérations de fistules plus ou moins compliquées qui furent suivies 15 fois de guérison et 2 fois de mort.

Simon, à s'en référer à ses communications de clinique chirurgicale (2e partie, Prag. 1868), a été plus favorisé : sur 39 observations de fistules simples ou compliquées, il a perdu seulement deux malades, 4 malades virent leur état s'améliorer; quant aux autres elles obtinrent guérison complète.

La statistique des cas opérés par Deroubaix (*Traité des fistules uro-génitales*, Bruxelles et Paris, 1870) est beaucoup moins satisfaisante. Sur 24 cas de diverses espèces, 15 donnèrent lieu à une guérison complète, 5 à une amélioration, 1 à un insuccès; 2 malades succombèrent aux suites de l'opération, une avant celle-ci.

La pratique de Spiegelberg, publiée par Hempel (*Arch. f. gynæk.* t. X, p. 511) avec les plus grands détails, a été beaucoup plus heureuse, puisque, abstraction faite de 5 cas dans lesquels l'opération ne put être terminée, il y a eu 49 guérisons, 2 amé-

liorations, et un cas de mort seulement. Quant aux 3 malades qui restent pour compléter le chiffre de 55, elles sont encore en traitement.

Voici à titre de renseignement la traduction du cas qui a eu un dénouement fatal.

Obs. I. — Une femme de 24 ans a eu, il y a six mois (1866), un accouchement très-pénible, durant deux jours, et terminé par la perforation du crâne ; à la suite, toute l'urine s'écoula par le vagin. Les suites de couches furent compliquées de fièvre et le rétablissement fut très-long à obtenir.

Dans le milieu de la paroi antérieure du vagin, on constate une fistule longue de 30 mill. et large de 15 mill. ; son bord antérieur est distant de 30 mill. du méat uréthral; quant au bord postérieur, il arrive sur la lèvre antérieure du méat utérin qui est dechirée. L'utérus est rétroversé mais facile à réduire. La portion qui reste du canal cervical est très-minime.

Comme la lèvre antérieure du méat est par son état impropre à donner un bon terrain pour la suture, et que la fistule a la forme d'une ellipse allongée, la réunion est tentée dans le sens de la longueur. Après détachement d'un anneau cohérent, on réunit par sept points de suture, dont trois superficiels. Le cathèter est laissé à domicile.

Aussitôt après l'opération, établissement des règles. Développement d'une péritonite, mort. Ovarite folliculaire gauche, péritonite, pleurésie double, diphthérite du vagin et de la vessie. »

En résumé, les observations sur lesquelles est établie cette revue donnent 13 cas de mort pour 229 observations, soit un décès pour 17, c'est-à-dire une proportion se rapprochant sensiblement de celle ressortant de la statistique de M. le professeur Verneuil. Partant il convient de revenir sur le peu de danger que font courir les opérations de fistules uro-génitales et il convient de tenir un compte sérieux des excellents préceptes consignés dans l'article du chirurgien de la Pitié.

II.

FISTULES URÉTÉRO-VAGINALES.

Puisque je suis en train de parler sur ce sujet, on me permettra de faire un nouvel emprunt au travail si riche en documents de M. Hempel (*Arch. f., gynæk.* t. X, p. 479) et j'y suis d'autant plus sollicité qu'il s'agit d'une espèce rare sur laquelle on a très peu de renseignements, c'est en d'autres termes de la fistule urétéro-vaginale qu'il s'agit.

Le premier cas en a été publié par Gustave Simon (*Deutsche Klinik*, 1856, nº 30) dont la gynécologie déplore la perte récente (18 août 1876); il a été recueilli sur une femme de 34 ans qui se trouvant à son cinquième accouchement, dut être accouchée avec le forceps. La fistule fut constatée à la partie droite du fond du vagin, à environ 15 mill. de la portion vaginale du col. Dans le second, recueilli par le même auteur (*Scanzoni's Beitræge*, 1860, t. VI, p. 3), il s'agit également d'une multipare dont l'accouchement dut être terminé par l'instrument: la fistule siégeait, dans ce cas, dans le cul-de-sac du vagin à gauche. Enfin le professeur Alquié (*Gaz. des hôp.*, 1857, p. 211) et M. Panas *Gaz. des hôp.* 1860, p. 273) ont publié les deux observations les plus récentes, et chez l'une et l'autre femme, l'accouchement s'était terminé par une application de forceps et la fistule portait sur l'uretère gauche. Il en a été de même dans les deux cas recueillis dans le service de Spiegelberg, mais comme ils sont peu connus et n'ont pas encore été traduits, je les relaterai avec quelques détails.

Obs. II. — « Une femme de 40 ans, ayant eu il y a quatorze ans, un travail très-long, terminé par la naissance d'un enfant mort, s'était bien portée jusqu'en juillet 1873, lorsqu'à la suite d'un travail fatigant elle eut une chute des organes génitaux qui s'accrut rapidement. Une sage-femme en fit la réduction et maintint la tumeur à l'aide d'un pessaire volumineux, mais celui-ci, à raison des douleurs qu'il provoquait, dut être retiré au bout de quatre jours. Après son extraction qui ne put avoir

lieu qu'à l'aide d'un forceps, il survint un écoulement involontaire d'urine qui a persisté jusqu'à ce jour.

« La malade étant placée sur les genoux et les coudes, on constate dans le cul-de-sac vaginal gauche, un peu en arrière de la portion vaginale détruite, un enfoncement en forme d'assiette avec bord enfoncé et de forme ovale, avec le plus grand diamètre dirigé de dehors en dedans et de haut en bas. *Dans cet enfoncement ovale, s'ouvrent deux canaux déliés dans l'un desquels un cathéter délié peut être porté en haut et en dehors à la profondeur de 25 à 30 centimètres ; c'est incontestablement l'uretère gauche.* Dans l'autre qui conduit par un trajet oblique dans la vessie, le cathéter se heurte au cathéter introduit simultanément par l'urèthre; c'est l'extrémité terminale de l'uretère gauche. Injecte-t-on du lait dans la vessie, pas une goutte ne s'écoule par le vagin ; un cathéter introduit dans la vessie en retire le lait tandis que du cathéter qui est placé dans l'extrémité supérieure de l'uretère s'écoule une urine claire et jaune. Le diagnostic d'une fistule uretéro-vaginale gauche avec intégrité de l'extrémité périphérique de l'uretère est en conséquence hors de tout doute. »

Le processus de cette fistule est ici un peu différent des cas précédents; alors que dans les autres c'est l'accouchement qui est directement en cause (trois applications de forceps) dans celui-ci, c'est l'inflammation consécutive à l'application d'un pessaire qui a amené la gangrène et ultérieurement la perforation de la paroi vaginale à l'endroit où elle est en rapport avec la paroi inférieure de l'uretère.

Les fistules uretérales non compliquées sont les seules parmi les fistules uro-génitales qui puissent être diagnostiquées d'après la connaissance des anamnestiques : en effet, elles ont un signe pathognomonique dans l'incontinence coïncidant avec la rétention des urines dans la vessie. Cette particularité générique m'a permis de reconnaître avant tout examen une fistule de ce genre (*Gaz. des hôpitaux*, 1859, p. 532), mais une exploration minutieuse permet seule de distinguer les fistules urétéro-vaginales des fistules uretero-utérines.

OBS. III. — « Une femme de 42 ans a eu un premier accouchement terminé par le forceps, et un an après un second également très-long terminé par une semblable application. Suites de couches fébriles et environ quatre à six semaines après, la patiente remarque le trouble de la fonction. Le bassin est aplati.

« L'urine est constatée dans le vagin, mais cet organe ne change pas de couleur quand on injecte du lait dans la vessie. La malade est examinée étant placée sur les genoux et les coudes. La portion vaginale est courte avec orifice transversal et entrebaillé placé à gauche, déchiré et fixé à la paroi pelvienne par un cordon cicatriciel. A un centimètre de l'angle gauche du méat, on remarque *une ouverture du volume d'une lentille tout au plus* avec bord en forme de bourrelet par laquelle s'écoule l'urine. La sonde dirigée en dehors et en haut parvient à une profondeur de 12 centimètres et n'est point sentie par la vessie explorée simultanément. En conséquence, on a affaire à une fistule urétéro-vaginale du côté gauche.

« A la suite de cette exploration, il arriva un incident assez singulier. Lersque après ces diverses manipulations on voulut retirer la sonde introduite par la fistule, elle ne put plus être retrouvée, et tous les essais pour en amener la sortie restèrent infructueux. Enfin six semaines plus tard, alors qu'on se disposait à recourir à un nouveau cathétérisme, elle sortit d'elle-même au moment où la malade se plaçait sur les genoux. Le séjour comme l'expulsion ne provoquèrent pas de douleur; l'argent était oxydé, mais il n'y avait pas trace d'incrustation. »

Les caractères de la fistule urétéro-vaginale sont le siége élevé et latéral de l'ouverture; la petitesse et la rigidité des bords de la perforation, la difficulté de l'atteindre par le vagin, l'impossibilité d'arriver directement à la fistule au moyen d'une sonde introduite par la vessie, et enfin la possibilité de voir à la suite des cautérisations survenir l'hydronéphrose et les accidents urémiques. Enfin en introduisant un long cathéter élastique dans le bout supérieur de l'uretère, on peut arriver jusqu'au rein correspondant.

Quant à la thérapeutique, elle est loin d'être aussi avancée que le diagnostic; on a attaqué la fistule de diverses façons mais jusques à aujourd'hui sans le moindre résultat. La chirurgie a été beaucoup plus heureuse, en ce qui concerne les fistules uretéro-utérines, témoin la remarquable guérison obtenue par M. le Dr Duclout. Dr Albert PUECH.

REVUE DE LA PRESSE

RAPPORT SUR LES PROGRÈS DE LA GYNÉCOLOGIE EN 1875.

Par Paul MUNDÉ (1)

(*Résumé par le* Dr A. CORDES (*de Genève*).

(Suite.) (1)

THAD : A : REAMY, (de Cincinnati), publie (*Clinic.* 21 août 1875) un résumé DES RÉSULTATS DE LA SECTION BI-LATÉRALE DU COL, obtenus par lui dans quinze cas, les seuls sur des centaines de cas de dysménorrhée, dans lesquels l'opération ait semblé indiquée. Sur ces quinze cas : une vierge qui se maria et conçut quatre ans plus tard, accouchement facile; quatre malades soulagées pendant un temps variable de trois à six mois après l'observation; les symptômes reparurent plus ou moins violents; dans deux cas, l'éversion des lèvres du col, plutôt qu'un retour de l'accident originel, exigea une opération; trois furent soulagées d'une manière permanente, mais non guéries; une devient enceinte et accoucha à terme; une conçut, et avorta, sans doute par suite de quelque lésion du col; trois n'obtinrent aucune amélioration; deux fois, l'opération fut suivie de pelvi-cellulite et de pelvi-métrite, qui mit en danger la vie de la malade; Reamy conclut en disant que pour lui, la division bi-latérale du col n'est pas facile, sauf dans les cas rares de difformité cervicale accompagnée d'antéflexion; elle fait peu ou pas de bien, souvent amène un état plus fâcheux que l'état primitif, comme l'éversion des lèvres du col, etc., et elle n'est pas sans danger; nous avons d'autres moyens à notre disposition, que Reamy ne spécifie pas, mais qu'il trouve pré-

(1) Voir les numéros de novembre et décembre 1876, et de janvier 1877.

férables et dont il se propose de faire connaître plus tard les résultats. J'espère que Reamy tiendra bientôt sa promesse, car il est peu d'opération en gynécologie dont l'utilité dans la dysménorrhée et la stérilité, soit, chose étrange, aussi peu établie que celle de la division, si fort prônée, du col utérin. J'ai entendu des hommes dont l'autorité a du poids à New-York, douter qu'elle fasse aucun bien dans la stérilité; et cependant c'est certainement un des premiers moyens auxquels on pense et qu'on emploie dans le rétrécissement de l'orifice interne, la conicité du col et sa flexion. Une statistique soigneuse et bien faite, de cas pris à différentes sources et portant sur un grand nombre d'opérations et indiquant la proportion des succès obtenus dans la dysménorrhée et la stérilité, fixerait la question en litige mieux que l'expression d'une expérience ou d'une opinion personnelles; il est temps qu'on sache si elle mérite les éloges qu'en font un grand nombre de praticiens, ou s'il faut croire qu'elle ne fait que du mal.

AUGUSTUS ERICH (de Baltimore), dans un article intitulé OBSERVATIONS SUR LE TRAITEMENT DES DÉPLACEMENTS UTERINS, (*Balt. Physician and Surgeon*) établit certaines règles, et émet quelques propositions pratiques que je vais tâcher de faire connaître en commentant les conclusions qui terminent son travail :

« 1° S'il est certains déplacements utérins dont on ne doit pas « tenter la réduction — utérus fixé par des adhérences et des tu« meurs — un grand nombre, au contraire, réclament un support « mécanique. »

« 2° Il ne faut pas se servir de la sonde pour redresser l'utérus. » Si les doigts et la sonde ne peuvent réduire l'organe, il résistera ertainement à la faible force, qu'on peut exercer sans danger dans sa cavité, au moyen d'une sonde mince. Erich ne nous dit pas ce que nous avons à faire, si les doigts et la sonde ne réussissent pas à replacer l'utérus; et je crois exprimer l'opinion de la majorité des gynécologistes, en disant que je regretterai de me priver *absolument* de l'aide de la sonde dans la réduction des déplacements utérins; je dois ajouter que je suppose l'opérateur assez habile et assez soigneux, pour estimer le degré de force qu'il peut employer sans imprudence

« 3° Les supports abdominaux tendent à augmenter la pression de « haut en bas, »et ne doivent pas être appliqués dans les déplacements utérins. Je crois que l'opinion des autres médecins ne vient pas confirmer celle d'Erich, car, comment se fait-il qu'une bonne ceinture hypogastrique, ou un support abdominal, pourvu d'une pelote sus-pubienne, réussit souvent à soulager complètement une malade souffrant d'antéflexion, surtout s'il existe de l'hyperplasie, et lui permet de se dispenser d'un support intra-vaginal? Mal appliqués ou mal construits, comme ils le sont souvent, avec la courroie supérieure

plus tendue que l'inférieure, les supports abdominaux font sans doute plus de mal que de bien ; mais, quand ils ont un nombre suffisant de courroies arrangées de façon à repousser en haut et en arrière — pas seulement en arrière — les organes abdominaux, et quand ils sont soutenus par des bretelles, j'en ai souvent retiré de bons effets.

« 4° Le pessaire ne doit jamais exercer de pression sur le col, » car il y causerait une excoriation. — Sans doute, si l'on peut l'éviter, mais comment soutenir ces utérus hypertrophiés, prolabés depuis longtemps, qui résistent même à l'application des meilleures formes de pessaires à cupule et à tige et qui repoussent en bas la barre mince du pessaire d'Erich, dont je parlerai plus loin ? (1)

---

(1) Le pessaire de Vulliet m'a donné d'excellents résultats (V. *Obst. Trans.*, 1876, p. 68) ; d'autres cas, depuis lors, sont venus s'ajouter aux deux cas qui ont fait l'objet de ma communication à l'*Obstetrical Society*, de Londres. J'expérimente actuellement le pessaire de Dumontpallier, qui, jusqu'ici, ne m'a donné que de la satisfaction.

Malgré la répugnance que j'ai pour les pessaires intra-utérins, en général, je crois devoir signaler le pessaire de Greenhalgh (de Londres), qu'il a eu l'obligeance de me montrer, et dont il dit du bien, dans les cas de rétroflexion. C'est un tube en caoutchouc souple, de la longueur de la cavité utérine (6 centimètres), fermé à l'une de ses extrémités, terminé à l'autre par une rondelle de caoutchouc mou ; cette rondelle reste sur le col, ou près du col, dans le vagin, quand l'instrument est en place ; à 1 centimètre de son extrémité borgne, le tube est percé de quatre fentes longitudinales, ce qui forme, à ce niveau, un renflement semblable aux *crevés* des anciennes gravures de modes Quand on introduit ce pessaire, au moyen de la sonde, ce renflement disparaît par la tension et l'allongement du tube, qui a, alors, un calibre cylindrique. Voici ce que Greenhalgh m'écrit à ce sujet, le 28 mai dernier, et ce qu'il a eu l'obligeance de me permettre de publier ;

« Voici les cas dans lesquels j'emploie les pessaires intra-utérins en caout-« chouc :

« La dysménorrhée due à un rétrécissement des deux orifices du canal cer-« vical, — l'antéflexion, — la rétroflexion, — la stérilité.

« Avant de les appliquer, j'ai le soin, par un traitement approprié, de calmer « tous les symptômes aigus ; ainsi j'emploie la ponction, la douche très-chaude, « les suppositoires sédatifs morphinés, la belladone, etc., puis je combats « toute augmentation de volume et toute induration du tissu, par mes tampons « de coton iodé, la glycérine, le nitrate d'argent en solution, etc. Cela fait, « je cathétérise deux ou trois fois pour m'assurer de la manière dont l'utérus « tolère une intervention mécanique. Si je produis ainsi peu ou pas d'irrita-« tion, et s'il n'a pas de douleur durable, je commence l'usage de mes pes-« saires ; je débute par introduire une petite tige d'argent, que je laisse, en « général, trois ou quatre jours, puis une plus grosse qui reste en place aussi « longtemps que la première ; puis enfin, j'introduis le pessaire, lorsque le

« 5° On peut corriger l'antéversion, par une simple traction du col « en avant, sans tirer sur le corps. »

6° « On peut corriger la rétroversion par une traction du col en « arrière, le corps étant supporté par la paroi pelvienne antérieure, « dans l'antéversion, et par la paroi postérieure dans la rétrover- « sion. »

7° « Les pessaires à antéversion n'ont pas besoin de dépasser le col « en arrière, » parce que, s'ils vont au-delà dans cette direction, ils distendent le cul de sac postérieur, tirent le col en arrière, et augmentent ainsi l'antéversion. Je crois que l'oubli de ce fait important est une des causes qui ont jusqu'ici rendu les déplacements utérins antérieurs moins faciles à traiter par les procédés mécaniques, que les rétro-déviations ; dans celles-ci, la tension du cul-de-sac postérieur produite par tous les pessaires à rétroflexion et à rétroversion, est justement le desideratum. Erich nous a rendu un grand service en signalant cette erreur, cependant je ne vois pas comment son pessaire en U, dont une branche est plus longue que l'autre et s'appuie sur la paroi postérieure du vagin, l'autre dans le cul-de-sac antérieur, tandis que le centre de l'arc se place derrière le col et occupe le cul-de-sac postérieur.—Ainsi le représente la figure—peut redresser l'utérus. Le dernier pessaire de Thomas, qui ne va pas derrière le col, mais qui presse fortement la paroi vaginale antérieure, me paraît remplir cette indication, et corrige le déplacement mieux qu'aucun autre que j'aie jamais employé.

8° « Dans la procidence, lorsqu'un pessaire ordinaire à rétrover-

---

« canal est assez dilaté pour permettre son introduction facile. Je commence « ce traitement mécanique peu après une époque menstruelle, je le fais porter « environ trois mois, et j'enlève l'instrument deux ou trois jours avant le mo- « ment où les règles sont attendues. Quoique le pessaire ait une très-mauvaise « odeur, quand je l'extrais, je ne connais pas de cas où il ait fait de mal. Si le « pessaire est bien supporté, je permets des rapports sexuels modérés. Je « prescris une douche vaginale chaque jour, avec du permanganate de potasse « et de l'eau chaude. J'observe toujours soigneusement l'état du ventre et je « maintiens les malades dans une grande tranquillité à chaque époque mens- « truelle. Grâce à ces précautions, je n'ai jamais eu de résultats fâcheux, et « j'ai toujours obtenu de bons effets, qui, après trois quatre ans d'expérience, « sont très-encourageants, etc. »

Dans une lettre datée du 6 octobre, dans laquelle il m'autorise très-gracieusement à publier celle qu'on vient de lire, le Dr Greenhalgh insiste de nouveau sur les moyens préparatoires, déjà énumérés, et cite le cas d'une dame de 41 ans, mariée depuis treize ans, qui a dû le bonheur de devenir enceinte à l'application d'un de ces pessaires ; elle a accouché le 2 août à terme ; l'enfant et la mère se portent bien. (A. C.)

« sion ne peut être retenu, il faut essayer le pessaire de Zwanck; « et, s'il ne réussit pas à maintenir l'utérus dans le vagin, le pessaire « à procidence d'Erich est indiqué. » C'est un pessaire en fil de cuivre recuit, épais, recouvert de caoutchouc, en forme d'anneau, entourant lâchement le col ; toute sa pression porte sur les parois vaginales près de leur insertion cervicale; cet anneau est ouvert en avant, les deux extrémités du fil de cuivre sont courbées en bas et sortent de la vulve de chaque côté de l'urèthre ; là elles se séparent et vont chacune sur une des épines antéro-supérieures de l'ilium où elles se terminent par une anse ou œil qui qui sert à la fixation d'une bretelle, ces bretelles croisent derrière le dos. Ce pessaire ne gêne pas la miction, ni la défécation; le médecin peut le modeler à son gré dans chaque cas, la malade peut sans peine l'enlever et le remettre le soir et le matin; il est plus solidement et plus commodément soutenu qu'il ne le serait par une ceinture; s'il est aussi utile que le principe de sa construction est simple et plausible, il paraît être une excellente invention. Je ne manquerai pas de l'essayer. Quant au pessaire de Zwanck, je le crois abandonné par les gynécologistes amis des progrès; ou du moins il devrait l'être.

9° « Le grand désideratum du traitement mécanique des déplace« ments utérins est la possibilité d'avoir des pessaires qu'on puisse « modeler au lit de la malade, suivant les indications individuelles.» D'accord; mais je me demande si les pessaires flexibles d'Erich, faits comme il vient d'être dit, ne sont en aucune façon affectés par les sécrétions vaginales. L'expérience universelle a montré que tous les pessaires en caoutchouc, excepté en caoutchouc *durci* et poli, sont attaqués par les sécrétions vaginales acides, irritent la muqueuse et donnent naissance à une perte de mauvaise odeur.

10° « La dilatation du col avec les tentes d'éponge ramollit son « tissu et facilite le traitement des flexions.

11° « Les tiges intra-utérines sont retenues par la paroi vaginale « postérieure qui touche le col, et leur maintien en place n'exige pas « de moyen spécial. » — Sans doute, dans les déplacements en avant; mais, dans la rétroflexion, le col ne repose pas nécessairement contre l'une des parois du vagin ; la tige glissera, si l'utérus n'est pas soutenu en antéversion par un pessaire levier.

Erich recommande l'introduction d'une tige, aussitôt après l'enlèvement de l'éponge, de sorte que « l'utérus en se rétractant et en repre« nant sa fermeté, se moule pour ainsi dire, sur la tige. » C'est, sans doute, un bon conseil, au point de vue du traitement de la rétroflexion ; mais il n'est pas certain que l'utérus supporte toujours l'irritation produite par la tige à ce moment. Erich ajoute : « Pour obte« nir une guérison permanente de la flexion, j'ai trouvé qu'il faut en « général six semaines, choisies de telle façon, qu'elles comprennent

deux époques menstruelles. Tous les gynécologistes du monde, moi y compris, croiraient avoir fait une découverte analogue à celle de la pierre philosophale, s'ils pouvaient être à peu près certains de guérir définitivement les flexions utérines pour un procédé aussi simple, aussi peu douloureux que la dilatation du canal cervical par une éponge de grosseur moyenne, et le port d'un pessaire pendant six semaines. Malheureusement, Erich est, à ma connaissance, le seul médecin aussi heureux.

12° « Les éponges doivent être peu, ou pas coniques. » Ce n'est qu'en dilatant le col par deux éponges au plus que nous pourrons éviter les dangers que cause leur application ; tous les cas de mort connus, à la suite de la dilatation du col se sont produits après l'emploi de plus de deux éponges. Les éponges doivent être faites de façon à ce que deux suffisent à la dilatation désirée, c'est ce que ne pourraient guère donner les éponges ordinaires, coniques et à pointe fine, qui dilatent inégalement le canal et l'orifice interne. Erich emploie trois grosseurs égales aux n°s 5, 9 et 13 (filière américaine. A.-C,) Je suis complètement d'accord avec Erich, au sujet des tentes coniques, qui n'ont que l'avantage de pénétrer plus aisément dans un col étroit.

13° On peut faire des tentes en éponge flexible, en maniant avec soin des tentes ordinaires. Par tentes flexibles, Erich veut dire des tentes auxquelles on donne avec les doigts la courbe utérine, ce qui facilite leur introduction dans un utérus fléchi à angle aigu.

Dans un article sur l'ORIGINE CONSTITUTIONNELLE DES MALADIES UTÉRINES LOCALES, AVANTAGES COMPARATIFS DU TRAITEMENT LOCAL ET CONSTITUTIONNEL, C. D. PALMER, de Cincinnati (*Clinic*, IX, 13 et 14), résume ainsi les résultats de son expérience.

1° Les maladies utérines et les troubles généraux co-existent habituellement, ce qui fait que la guérison ne peut que rarement être obtenue par un traitement uniquement local ou exclusivement général. Un traitement purement local ne peut réussir que lorsque la santé générale n'est pas encore engagée.

2° Un traitement local, quelque bien dirigé qu'il soit, s'il n'est associé à des soins généraux, pourra procurer une amélioration temporaire, mais sera toujours impuissant à produire une guérison complète et permanente.

3° L'amélioration locale marche ordinairement avec l'amélioration générale, surtout dans les endométrites du corps utérin, où la dyscrasie est la source du mal.

4° Le traitement local est important, non-seulement par les modifications qu'il amène dans les fonctions de l'économie entière, mais à cause de l'influence directe que cette médication exerce sur chaque organe pris à part. Une grande quantité d'affections utérines chro-

niques dépendant de conditions constitutionnelles, le traitement constitutionnel est le premier en importance et en valeur.

Un argument triomphant en faveur des SUPPORTS MÉCANIQUES DANS LE TRAITEMENT DES DÉPLACEMENTS UTÉRINS est fourni par F. B. WATKINS, de Richmond, Virginie (*Virg. Med. Monthly*, nov. 1875), qui publie une table de 227 cas de déplacements ; 215 fois, il a employé des supports mécaniques ; sur ce nombre, il y avait 139 rétroversions, 49 antéversions, 27 prolapsus. Voici le résultat du traitement mécanique ou autre : *Rétroversions*, 114 guérisons complètes, soulagement 23 fois ; 12 fois, peu ou pas d'amélioration. *Antéversions*, 34 guérisons complètes ; soulagement, 9 ; peu ou pas d'amélioration, 7 fois. *Prolapsus*, 22 guérisons complètes ; 4 malades soulagées ; peu ou pas d'amélioration, 2. Total : guérisons complètes, 170 ; améliorations, 36 ; peu ou pas de changement, 21. Les cas appelés *guérisons complètes* sont restés sous les yeux de Watkins ou bien ont correspondu en lui affirmant qu'elles n'avaient pas de rechute. La forme favorite de pessaire de Watkins est le *levier fermé* de Hodge, fait de fil épais d'étain ou de caoutchouc durci ; chaque pessaire est moulé ou modelé pour chaque vagin. Le pessaire ne s'appuie en aucun point particulier du vagin, mais tout le long de sa tige, par tous les points où il touche le vagin ; le vagin entier lui sert de base ou de support. Un support abdominal aide beaucoup le pessaire dans les cas d'antéversion. Il faut rejeter tous les supports extérieurs avec des extrémités abdominales ou vaginales fixées, car ils gênent l'utérus dans ses mouvements normaux.

Sous ce rapport, tous les gynécologistes s'accordent avec Watkins, à preuve le support à cupule et à tige de Thomas, dont la tige se meut sur un ressort, pour assurer la mobilité de l'utérus. Cependant cet instrument a un inconvénient que j'ai constaté dernièrement, c'est la production d'une excitation génésique incomplète, mais continuelle, semblable à celle de la masturbation ; cette sensation était si évidemment produite par le pessaire, puisqu'elle disparaissait quand on l'ôtait et reprenait une demi-heure après son replacement, que je fus obligé, malgré moi, de l'enlever. Je regrette que Watkins n'indique pas un remplaçant pour les supports extérieurs qu'il rejette, et qu'il ne mentionne pas celui qui lui a donné les 22 cas de succès dans le prolapsus.

JOSEPH R. BECK (de Fort Wayne-Inda), rapporte un cas extraordinaire de RÉDUCTION D'UNE RÉTROVERSION APRÈS SIX AVORTEMENTS (*Philad. Med. Times*, 2 oct. 1875). Des tentatives infructueuses avaient été faites à plusieurs reprises pour réduire une rétroversion du second degré, — le col était au-dessus de l'arcade pelvienne, le fond enclavé sous le promontoire, — par Beck et par deux autres médecins. L'insuccès, d'après ces trois médecins, était dû à des adhérences pel-

viennes solides. A la fin, Beck suggéra à Dills l'idée d'introduire sa main dans le rectum, de « rompre les adhérences, s'il y en avait, puis de repousser violemment le fond utérin au-dessus du sacrum, pendant que lui-même attirait fortement le col avec un ténaculum, et pressait vigoureusement sur les parois abdominales. Après quelques secondes de cette application effrayante de force, les adhérences pelviennes lâchèrent subitement, le fond reprit tout à coup sa position normale, et le col descendit. *La malade n'avait pas été anesthésiée !* et n'avait que fort peu souffert. » Elle put aller reprendre sa voiture, et elle ne subit pas d'autre traitement local. Il me paraît douteux que cette méthode de réduction, quoique heureuse dans ce cas, puisse être considérée comme « une méthode élégante et facile pour toutes les rétroversions » (*textuel*). La susceptibilité de la malade était certainement émoussée par ses nombreux avortements, et je crois qu'il faut plutôt féliciter Beck de ce que cette « force effrayante, » qui lui a servi à réduire *aisément et avec élégance* le déplacement utérin, n'ait pas amené de la pelvi-péritonite ou de la pelvi-cellulite, que du succès d'une méthode qui n'a rien de nouveau, mais qui est trop hasardeuse pour la plupart des opérateurs, surtout sans anesthésiques.

Dans la *Wiener Klinik*, I, 4 avril 1875, KARL ROKITANSKY (le fils) décrit le TRAITEMENT EMPLOYÉ A VIENNE POUR LES HÉMORRHAGIES UTÉRINES. Quoique ses vues ne soient pas originales, la clarté et la précision de ses indications méritent une mention rapide. Les voici : *Hémorrhagie utérine active*, surtout endométrite hémorrhagique; applications ni constantes ni passagères du froid, sous forme de compresses souvent renouvelées sur l'abdomen (?) ; sangsues au vagin ou sur la partie inférieure de l'abdomen, immédiatement avant l'époque menstruelle ; laxatifs doux et toniques. *Ménorrhagie par débilité*, toniques ; hydrothérapie ; stimulants au besoin. *Hémorrhagie passive*, forme la plus habituelle de la menstruation profuse ; froid ; astringents locaux, le meilleur est le nitrate d'argent, — un mélange d'alun et de sulfate de cuivre, cause des coliques utérines. — Il faut toujours sonder l'utérus auparavant pour connaître la situation, l'état et l'irritabilité de l'organe. Il faut n'employer le nitrate d'argent qu'après avoir dilaté le col. On introduit alors un morceau de pierre infernale long de 26 millimètres environ au moyen d'une pince, ou dans un tuyau de plume et on brise le caustique une fois qu'il est placé ; la douleur est légère, et ne dure que peu de temps ; il peut se produire des nausées et des vomissements. La première application doit être ménagée ; pour tâter la susceptibilité utérine, on peut introduire le caustique au moyen d'un porte-caustique ou d'un *pistolet utérin*. Une cautérisation répétée deux, trois, ou quatre fois, à deux, trois ou quatre jours de distance, réussit en

général à triompher de l'hémorrhagie, l'ergot à prévenir son retour. La digitale, la teinture de chanvre indien, la rue, la sabine sont presque sans effet. Il y a deux manières de cautériser avec des liquides : l'introduction de tampons de coton saturés du remède ; et les injections intra-utérines. Si l'on a la précaution de dilater d'abord le col, puis d'injecter lentement goutte à goutte et de ne faire pénétrer que quatre ou six gouttes, le danger de l'injection est réduit à son minimum (?).

Lorsqu'il existe de l'inflammation utérine ou peri-utérine, il faut absolument éviter toute cautérisation de l'utérus. Windelband a récemment recommandé les injections d'eau très-chaude contre la ménorrhagie et l'hémorrhagie *postpartum*. Un excellent remède mécanique contre l'hémorrhagie est l'éponge préparée, qui, lorsque la perte est due à quelque excroissance ou à l'hypertrophie de la muqueuse utérine, suffit quelquefois à elle seule pour guérir la maladie, il ne faut y avoir recours que dans les cas d'extrême nécessité, et ne pas la laisser plus de six ou huit heures. Les tampons simples ou astringents ne font jamais que s'opposer temporairement à l'issue du sang. Dans l'hémorrhagie causée par les fibroïdes, la dilatation du col et l'injection de teinture d'iode font souvent du bien, et l'injection sous-cutanée d'ergot est souvent utile ; de même dans les métrorrhagies de faiblesse, le relâchement utérin et la congestion active (Mundé). Pour l'hémorrhagie du cancer, la curette et le cautère actuel ; quand l'eschare tombe, la solution de Wynn William (1 partie de brôme pour 5 parties d'eau), qu'on peut aussi injecter sur les restes cancéreux. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY, d'après *Chapman*, recommande chaudement l'usage de *la chaleur dans les métrorrhagies* ; il applique des sacs pleins d'eau à 46°, ou même plus chaude, sur la région sacrée, et les renouvelle de 2 en 2, ou de 3 en 3 heures. Dans tous les cas, même les plus obstinés, l'hémorrhagie cessa (1).

(*A suivre*).

---

(1) Mon expérience personnelle concorde pleinement avec celle de Gueneau de Mussy. Entre autres cas, j'ai employé avec succès la chaleur dans deux cas de cancer utérin, avec hémorrhagies répétées et dangereuses ; j'emploie le plus souvent des sacs de sable chaud qu'il est plus facile de se procurer que les sacs en caoutchouc. La sensation de la chaleur « sous les reins » est toujours agréable aux malades.

Ici une analyse de l'article de Demarquay et Saint-Vel sur les fibroïdes à apparence intermittente (V. *Annales de Gynécologie*, avril 1875). (A. C.)

REVUE CLINIQUE

EPITHÉLIOMA DU COL DE L'UTERUS,

GUÉRI PAR L'INJECTION INTERSTITIELLE D'UNE SOLUTION DE CHLORURE DE ZINC AU CINQUIÈME,

par le Dr Ambroise GUICHARD,
professeur suppléant d'accouchements, à l'Ecole de médecine d'Angers.

Quand l'épithélioma du col de l'utérus est parfaitement limité, et que le tissu morbide n'a pas dépassé les insertions du vagin, nous pouvons espérer détruire le cancer sur place, et quelquefois prévenir la récidive.

Deux méthodes de traitement sont employées dans ce but : l'amputation du col ou la cautérisation.

Chacune de ces méthodes compte des succès ; de nombreuses observations de récidive sont aussi chaque jour constatées.

Aran, dans ses leçons cliniques, dit avoir vu dans un cas des mieux limités, l'épithélioma se reproduire sur place, malgré une extirpation complète ; nous même, il y a quelques mois, avons observé un fait semblable. Le col de l'utérus avait été amputé avec l'écraseur linéaire par un très-habile chirurgien de notre ville ; dans ce cas, qui paraissait des plus favorables, un mois après, le cancer reparaissait au col et envahissait rapidement le corps.

De plus, il est digne de remarque, qu'après une opération sur le col par l'instrument tranchant ou le fer rouge, le cancer prend souvent une marche plus rapide ; de nouvelles recherches sur le traitement d'un si terrible mal sont donc utiles. Si la récidive est si fréquente, on peut admettre, que le cancer n'a pas été détruit dans toutes ses parties, et que quelque-uns de ses prolongements au sein même du tissu du col utérin n'ont pas été atteints.

Le meilleur procédé opératoire serait donc celui qui permet-

trait d'arriver sûrement à la destruction complète de la production morbide. Ainsi que nous l'avons vu, l'amputation du col ne donne pas toujours un résultat favorable et durable, et comme il est difficile de la rendre plus parfaite, cherchons si la cautérisation nous permettrait d'atteindre le but désiré.

Les caustiques ont été appliqués le plus souvent *superficiellement*, soit que l'on employât le fer rouge ou la pâte de Canquoin; on les a employés aussi *dans l'épaisseur* du tissu malade.

Nous laisserons de côté la première méthode qui est plutôt palliative, pour nous occuper de la seconde que nous considérons comme réellement curative.

Kiwisch, le premier, a proposé de déchirer et de broyer le tissu cancéreux, et d'injecter au milieu du magma, du perchlorure de fer. Cette idée a été reprise plus tard par notre maître, M. Gallard, et dans notre thèse : *Recherches sur les injections utérines, en dehors de l'état puerpéral* (1870), nous avons consigné le résultat d'expériences fort intéressantes.

Dans une première série, M. Gallard eut pour but de diminuer les hémorrhagies et les douleurs atroces du cancer, et pratiqua des injections interstitielles de perchlorure de fer à 30°, et de sulfate d'atropine, de laudanum, de morphine.

Dans une seconde série, M. Gallard tenta de modifier la vitalité de la production cancéreuse, et même de la détruire; le perchlorure de fer et surtout l'acide acétique furent employés dans ce but. Le perchlorure de fer diminua les hémorrhagies et flétrit la tumeur ; l'acide acétique n'en modifia que très-peu la vitalité, et l'injection fut suivie de péritonite mortelle.

Dans ses leçons cliniques sur les maladies des femmes (page 628), M. Gallard déclare que les expérimentations à ce sujet n'ont pas dit leur dernier mot, car les cas favorables à cette méthode de traitement étant rares, une solution définitive devra se faitre attendre; mais les faits observés jusqu'à ce jour permettent de fonder quelques espérances.

Tel était l'état de la question, lorsque, l'année dernière, se présenta à mon observation une malade, atteinte d'épithélioma du col de l'utérus, limité à la lèvre inférieure du col; je décidai de faire des injections intra-parenchymateuses, suivant la mé-

thode de M. Gallard. Cette fois, je choisis comme liquide caustique la solution de chlorure de zinc au cinquième; son action destructive presque mathématique, sa propriété de coaguler le sang, son manque d'absorption générale me le firent préférer à d'autres caustiques.

L'appareil instrumental que j'ai décrit dans ma thèse se compose : 1° d'une *seringue* analogue à la seringue de Pravaz, d'une capacité de 8 centimètres cubes; 2° d'une *canule trocart*, longue de 9 centimètres et que l'on monte sur un manche comme une baïonnette, et qui permet de la diriger et de la fixer dans le col de l'utérus.

Voici l'observation que j'ai recueillie et que je ferai suivre de quelques réflexions.

Epithélioma du col de l'utérus. Injections dans la tumeur d'une solution de chlorure de zinc au cinquième. Guérison. — Pauline Dreux, ouvrière de fabrique, 38 ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu d'Angers (service du Refuge) le 4 novembre 1875.

Jusqu'à cette année, cette femme jouissait d'une bonne santé, la seule maladie qu'elle ait eue, est une attaque de rhumatisme articulaire aigu, il y a huit ans, et laquelle dura six semaines.

Dans sa famille, on ne trouve pas d'affection cancéreuse chez ses père et mère. Interrogée avec le plus grand soin pour savoir si la malade n'aurait pas eu d'accident syphilitique, l'on n'obtient que des réponses négatives, quoique la femme soit fort bien disposée à nous bien renseigner; notre examen ne découvre aucune trace d'accident existant ou ayant existé.

Réglée à l'âge de 15 ans, les menstrues ont toujours paru régulièrement, chaque mois pendant quatre jours. La malade a eu deux grossesses, qui, toutes les deux, se seraient terminées à huit mois; la première en 1859, et la dernière en 1864. Les deux enfants sont venus vivants, et n'ont vécu que deux mois, ils ont succombé en nourrice.

Depuis sept mois seulement, la malade a commencé à maigrir; elle perdait l'appétit et les forces, et ressentait des coliques. Dans les trois premiers mois, les règles furent régulières, dans les quatre derniers, il y eut des pertes de sang dans l'intervalle des règles, son linge était continuellement taché en rose et en blanc jaunâtre; l'écoulement présentait de la mauvaise odeur; de temps à autre la malade éprouvait des coliques, mais les douleurs n'étaient pas très-vives.

Une première fois, elle entra à l'Hôtel-Dieu (service de la Clinique) le 11 octobre 1875 et y resta jusqu'au 2 novembre; on la soumit à l'iodure de potassium, et aux injections phéniquées.

Deux jours après sa sortie, 4 novembre, elle entrait dans le service du Refuge.

Examen du 26 *novembre* 1875. — La malade présentait de l'amaigrissement, mais sans aucune coloration cachectique ; le ventre est peu volumineux, aplati, non douloureux ; l'examen des parties génitales externes ne présente rien d'anormal.

Au *toucher vaginal*, on arrive facilement sur le col, qui est volumineux, la lèvre antérieure est augmentée de volume, mais saine ; l'orifice du col présente une fente transversale et est légèrement entr'ouvert. La lèvre postérieure donne insertion en arrière à une tumeur formée par des saillies mamelonnées, véritable excroissance en *chou-fleur* ; superficiellement, elle a une certaine friabilité ; mais sa base est indurée et comme bosselée à son insertion sur le col, toute la lèvre postérieure est indurée jusqu'à son insertion vaginale.

Le corps de l'utérus est mobile et ne parait pas augmenté de volume en combinant le toucher avec le palper abdominal. On ne constate aucune inflammation péri-utérine.

Le *toucher rectal* ne fait constater aucune saillie à la face postérieure de l'utérus.

A l'examen au *spéculum*, nous retrouvons les mêmes caractères. La muqueuse vaginale est rosée ; comme celle du col, elle est saine ; un peu de mucus opaque sort à travers le col. Il n'y a pas d'ulcération à la lèvre postérieure ni autour de l'orifice ; le col est un peu augmenté de volume.



Fig. 1 (1).

(1) Cette figure représente l'excroissance en chou-fleur inserée sur la lèvre postérieure du col avant tout traitement.

L'excroissance en chou-fleur apparait avec ses dimensions ; elle mesure 4 cent. 5 transversalement, et 3 cent. de hauteur ; sa surface est grisâtre et saigne facilement : elle s'insère à la lèvre postérieure et est parfaitement limitée à cette partie. C'est avec peine qu'on peut faire pénétrer dans le spéculum la lèvre antérieure du col en même temps que la tumeur, à cause du volume de celle-ci.

En présence de ces signes, l'on ne peut hésiter qu'entre une végétation simple du col, une végétation syphilitique et une végétation cancéreuse.

Le développement rapide, l'aspect de la tumeur, l'écoulement ichoreux, fétide et sanguinolent, le retentissement sur l'état général nous font éliminer une végétation simple du col.

L'absence de toute manifestation constitutionnelle et de tout accident antérieur nous fait éloigner une manifestation syphilitique ; du reste, la malade a été soumise pendant un mois à l'iodure de potassium sans aucun résultat.

Restait le diagnostic d'un épithélioma du col de l'utérus.

Comme traitement, pour les raisons que j'ai discutées plus haut ; je résolus de détruire la tumeur par des injections interstitielles d'une solution de chlorure de zinc au cinquième.

Le 30. Assisté de mes collègues, les Drs Guichard père et Briand, et de M. Hamon, interne du service, je pratiquai la première injection.

La malade est couchée sur le côté droit pour appliquer le spéculum de Sims, qui nous permet d'arriver très-près de la tumeur.

Sur trois points de la tumeur disposés en triangle, nous dirigeons le trocart, monté en baïonnette, et nous le faisons pénétrer de 5 millimètres à 1 centimètre ; à chacune des ponctions, nous injectons 4 gouttes ou 20 centigrammes de la solution de chlorure de zinc. A chaque piqûre, il s'écoule une très-petite quantité de sang, qui se coagule immédiatement après l'injection du chlorure de zinc ; la petite hémorrhagie s'arrête aussitôt. Nous appliquons un tampon de ouate muni d'un fil pour isoler la tumeur du fond du vagin, et nous faisons recoucher la malade, recommandant le repos et l'application d'un cataplasme, s'il y avait de la douleur ; car la malade n'a pas ressenti la moindre douleur.

1er décembre. La malade n'a pas souffert, elle n'a pas eu de coliques et n'a pas perdu de sang ; en examinant la tumeur au spéculum ordinaire, on constate que plusieurs points de sa surface sont d'un gris noirâtre.

Le tampon de ouate a été enlevé, et on fait faire des injections émollientes.

Le 4. La tumeur s'est beaucoup affaissée ; elle présente à peine une

saillie de 2 centimètres ; sa surface est plus inégale ; des parties saillantes sont séparées par des dépressions.

La malade est couchée sur le côté gauche, le spéculum de Sims est appliqué, et le col attiré avec une érigne à manche, insérée sur la lèvre antérieure.

Nous faisons pénétrer le trocart dans trois points voisins de la lèvre postérieure ; à chaque piqûre, nous injectons 5 gouttes ou 25 centigrammes de la solution de chlorure de zinc. La première des piqûres donne lieu à un petit écoulement de sang très-rouge, qui se coagule en grumeaux par le chlorure de zinc ; pour en éviter le retour et protéger la muqueuse, nous plaçons sur le col un fort bourdonnet de ouate, qui est laissé après la sortie du spéculum.

Dans la soirée la malade a perdu un peu de sang ; elle a éprouvé aussi quelques coliques, mais non plus fréquentes que celles qu'elle avait coutume de ressentir ; son ventre n'est ni ballonné, ni douloureux à la pression, il n'y a eu ni fièvre, ni envie de vomir.

Le 5. Le tampon de ouate a été retiré.

Le 6. A l'examen au spéculum, on constate un peu d'écoulement purulent ; le col est augmenté de volume, la lèvre antérieure tuméfiée, l'orifice laisse suinter un mucus jaunâtre. La lèvre postérieure ne présente plus de tumeur saillante, ressemblant à la végétation en chou-fleur, que nous avons constatée dans les précédents examens. A la place de la tumeur, on voit une eschare aplatie, d'un blanc grisâtre, ne faisant aucun relief ; en tamponant avec de l'ouate, l'escharre est sèche, tandis que quelques points saignent facilement.

Afin d'éviter sur la muqueuse vaginale l'action irritante de la sécrétion purulente, je prescris trois injections émollientes par jour.

Le 8. Après avoir appliqué le spéculum de Sims, on constate une eschare elliptique sur la lèvre postérieure du col ; en avant de celle-ci se trouvent quelques végétations rouges, saignant facilement ; il y a toujours un peu de sécrétion purulente. La malade attendant ses règles le 11 décembre, je remets toute opération nouvelle après la période menstruelle.

Le 18. Les règles ont duré du 12 au 15 décembre ; la malade se plaint d'avoir éprouvé plus de coliques que de coutume ; elle ressent une douleur modérément vive dans l'aîne gauche.

Au spéculum, on aperçoit la lèvre postérieure du col, mamelonnée, plusieurs points sont végétants, le col étant attiré avec une érigne, la malade dit en éprouver de la douleur dans l'aîne gauche.

Dans trois points différents de la partie malade, j'injecte à chaque point 5 gouttes de la solution ; il y a une petite hémorrhagie, un tampon de ouate est appliqué.

Le 20. La malade s'est plainte d'assez vives coliques, on lui a appliqué un cataplasme et fait des injections émollientes.

Le 24. A l'examen au spéculum, on ne trouve aucune trace d'eschare produite par les dernières injections. Le col est bosselé, inégal, certains points sont durs au toucher; sur la lèvre postérieure est une surface framboisée, et plus en arrière, des bosselures inégales, saignant facilement.

Le col étant attiré, je fais dans deux points les plus saillants une injection de 5 gouttes de la solution, puis avec un pinceau de fil, je badigeonne toute la surface bourgeonnante qui devient grisâtre, un tampon de ouate, muni d'un fil, est appliqué pour protéger la muqueuse vaginale.

Le 28. La dernière injection n'a déterminé aucune douleur ni aucun phénomène de réaction générale.

Après avoir appliqué le spéculum de Sims, on voit la muqueuse vaginale saine, rosée ; l'orifice du col est largement entr'ouvert et l'indicateur y pénètre facilement, à son côté gauche, on voit une partie mobile, flottante, qui est la partie restante d'une végétation, rendue libre par la chute d'une eschare. Après avoir enlevé le bouchon muco-purulent qui sort du col, j'injecte, dans trois points saignants et granuleux, 6 gouttes de la solution à chacun d'eux ; l'une des injections est faite à la base de la végétation libre, que le trocart a traversée. Ensuite, je badigeonne tout la lèvre postérieure avec la solution caustique et applique un tampon de ouate pour protéger le vagin.

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Grossesse tubaire d'environ deux mois. — M. Davaine présente encore intactes les pièces anatomiques d'une grossesse extra-utérine (variété tubaire) d'environ deux mois. Elles proviennent d'une femme morte avec des symptômes d'hémorrhagie interne, une heure et demie après son entrée dans le service de M. Laboulbène à l'hôpital de la Charité. Tout ce qu'on sait sur les antécédents, c'est qu'elle était hystérique.

A l'autopsie on trouve la cavité péritonéale pleine de sang, et, du côté droit, vers l'extrémité et sur la continuité de la trompe de Fallope, une tumeur ovalaire, grosse comme un œuf de poule, en forme de haricot, de consistance kystique et de couleur lie de vin. Cette tumeur présentait vers son milieu un petit orifice, par où bave encore

un peu de sang coagulé. L'ovaire correspondant offre un corps jaune très-large. Il y a aussi sur l'ovaire gauche une tache jaune, mais moins volumineuse. Les autres organes ont un aspect extérieur normal.

Exemple de rotation spontanée, rapide et très-étendue de la tête, dans un cas de position O. I. D. P. — M. Budin relate un fait curieux et rare qui s'est passé sous ses yeux à l'hôpital de la Maternité dans le service de M. Tarnier.

Il s'agissait d'une jeune femme de 23 ans, secondipare, en douleurs depuis sept heures environ, et dont la poche amniotique s'était rompue au début. Le palper, l'auscultation et le toucher venaient de révéler une position en O. I. D. P., non réduite, avec une dilatation de l'orifice non encore achevée. Enfin les douleurs étaient régulières.

Au bout de quelques instants, M. Budin, qui avait quitté cette femme pour en examiner une autre, était rappelé en toute hâte. La tête était sous la symphyse, et le toucher y faisait constater la présence de l'occiput. Pendant ce temps-là le tronc n'avait pas changé de place: le dos était toujours en arrière et les membres en avant. Entre deux douleurs, la paroi abdominale redevenue souple permit de s'en assurer par le palper. En effet, la tête une fois dégagée, l'occiput tourna à droite, décrivit brusquement un demi-cercle complet pour venir se mettre en rapport avec la région anale de la mère. C'était le rétablissement de la tête dans l'axe rachidien par un véritable mouvement de détorsion. Puis, quelques minutes plus tard, une rotation en sens inverse s'effectua, conséquence forcée de la rotation du tronc. Bientôt l'épaule gauche était à la symphyse pubienne, les épaules se dégageaient successivement et le tronc était expulsé à son tour.

Après les soins nécessaires en pareil cas, l'enfant fut examiné. Il était bien conformé, d'un volume normal, et pesait 3,200 grammes.

La tête fut trouvée très-mobile, et il fut facile de lui faire répéter sans danger, le mouvement de rotation qu'elle venait d'exécuter pendant l'accouchement, c'est-à-dire que la face fut dirigée en arrière presque complètement. Ce mouvement fut reproduit à plusieurs reprises et avec lenteur, sans que l'enfant manifestât ni gêne, ni douleur, car il respirait librement et ne poussait aucun cri. Au reste, il fut emporté en nourrice cinq jours après dans un état de santé excellent.

M. Budin appelle l'attention sur ce fait, où évidemment la rotation spontanée et complète de la tête n'a pas été suivie d'une rotation immédiate du tronc.

C'est un document important dans la question du savoir si l'appli-

cation de forceps est dangereuse ou non dans les positions O. I. D. P. à réduction tardive.

Il cite en outre certaines expériences de M. Tarnier sur des morts-nés, d'où il résulte, d'une part, que le mouvement de rotation ne se passe pas seulement dans l'articulation atloïdo-axoïdienne, mais dans une grande partie de la colonne vertébrale ; et d'autre part, que cette rotation n'amène pas la compression de la moelle. Il paraît en effet notamment qu'un tube flexible et plein d'eau, substitué à la moelle, ne subit aucune modification dans le niveau du liquide contenu, si l'on vient à exécuter des mouvements étendus de rotation.

(*Séance du* 6 *janvier* 1877).

Grossesse tubaire, oblitération des deux trompes, complément de l'examen. — M. Davaine rapporte les pièces qui ont fait l'objet de sa dernière communication. Elles ont été ouvertes et bien conservées.

L'utérus et son col sont absolument physiologiques. Les deux trompes sont toutes deux oblitérées, la droite à un centimètre du kyste fœtal. La tumeur elle-même est bien un produit de conception. La poche externe se détache facilement d'un placenta presque entièrement en calotte sphéroïdale, à l'exception d'une surface comparable à celle d'une pièce d'un franc, où les membranes de l'amnios sont libres et transparentes. Enfin l'embryon, long d'environ deux centimètres et demi, plongeait dans un liquide amniotique suffisant.

(*Séance du* 13 *janvier* 1877.)

Dr E. Hottenier.

SOCIÉTÉ AMÉRICAINE DE GYNÉCOLOGIE

Congrès annuel tenu à New-York, le 13 *septembre* 1876.

Quelques années après sa fondation, la Société américaine de Gynécologie a eu l'excellente idée d'organiser des Congrès annuels où sont conviés les savants de tous les pays, et où sont discutées les questions les plus importantes. Nous donnons un compte-rendu sommaire des principaux travaux qui ont été présentés à la première de ces réunions qui a eu lieu à New-York en septembre dernier, sous la présidence de MM. Fordyce Barker et Gaillard Thomas.

Incision du col utérin. — M. le Dr Emmet donne lecture d'un mémoire dans lequel il rapporte 345 cas de flexions utérines, qui ont été traitées dans son hôpital privé de New-York.

L'auteur établit deux catégories de cas; dans la première, il place ceux où la flexion est congénitale, et ne dépasse pas le point de jonc-

tion du col avec le vagin. Dans la seconde, ceux où la flexion ne survient qu'après la puberté, et embrasse la totalité de l'utérus. Dans le premier cas, il sectionne avec des ciseaux la lèvre postérieure du col sur la ligne médiane. Cette opération ne produit pas d'hémorrhagie notable et est exempte de dangers, si l'utérus est sain au moment de l'opération.

Dans le second cas, M. EMMET sectionne le col utérin en avant ou en arrière, selon qu'il s'agit d'une antéflexion ou d'une rétroflexion, de manière à rétablir l'existence du canal utérin.

M. R. BARNES fait remarquer, relativement à la division établie par M. Emmet, qu'il est souvent difficile de reconnaître si la déviation utérine est antérieure ou postérieure à la puberté. Il pense cependant que les flexions de l'utérus sont le plus souvent congénitales. En ce qui concerne le traitement, il s'élève fortement contre l'incision qui n'est pas nécessaire et qui est souvent dangereuse. D'après M. BARNES, il n'est pas toujours nécessaire de pratiquer une opération chirurgicale pour le traitement de la dysménorrhée consécutive aux flexions de l'utérus; la simple dilatation du col suffit dans la grande majorité des cas. Lorsque l'incision est reconnue nécessaire, il faut la faire avec ménagements, et la malade doit toujours garder le lit pendant les quelques jours qui suivent l'opération.

MM. WHITE, HOWARD, TAYLOR et PEASLEE, qui ont pris part à la discussion, ont exprimé les mêmes vues que M. Robert BARNES.

Des cicatrices du col utérin et du vagin. — Dans un mémoire très-concis, M. le Dr SKENE examine les causes, les symptômes et les signes physiques de ces cicatrices. Au point de vue du traitement il divise son sujet en deux parties et considère successivement les moyens de prévenir la formation des cicatrices et les moyens à leur opposer lorsqu'elles sont déjà formées.

Dans le premier cas, l'auteur conseille de traiter immédiatement les lacérations qui se forment après l'accouchement, et de réunir sans délai les surfaces divisées par des points de suture, et recommande en outre de ne jamais cautériser la muqueuse sur une grande étendue.

Dans le second cas, on doit s'attacher à atténuer la douleur, à prévenir la contraction et à corriger la difformité. Ce résultat peut quequefois être obtenu par l'ablation complète de la cicatrice, ce qui n'est pas toujours praticable et ne doit être tenté que lorsque le tissu cicatriciel n'adhère pas aux tissus sous-jacents. On peut prévenir la rétraction en pratiquant une ou plusieurs sections sur la cicatrice, et en plaçant des petites mèches de charpie pour maintenir les lèvres de la plaie séparées. M. SKENE a obtenu d'excellents résultats par ce procédé et affirme que ces petites incisions ont toujours eu pour effet de diminuer la douleur.

M. Trenholme, de Montréal, a également employé ce traitement avec succès. Il pense que le Congrès sera unanime à condamner l'usage immodéré et intempestif des caustiques, qui sont le point de départ des rétractions cicatricielles du vagin et du col.

Emploi du viburnum prunifolium dans le traitement des maladies de l'utérus. — M. N. Jenks rappelle les services que peut rendre ce médicament dans la pathologie utérine. Il emploie l'écorce et la racine de cette plante avec lesquelles il prépare une teinture alcoolique, qu'il administre à la dose de 4 à 8 grammes. La teinture de *viburnum prunifolium* a une action sédative sur l'utérus, et peut être employée dans les troubles fonctionnels de l'organe, particulièrement dans la métrorrhagie et la dysménorrhée.

M. Jenks ajoute qu'il a employé jusqu'à présent ce médicament d'une manière empirique et qu'il est incapable de fournir une théorie satisfaisante sur l'action physiologique du *viburnum*.

Menstruation anormale. — M. Parvin, d'Indianapolis, communique une intéressante observation dans laquelle le flux cataménial était remplacé par une hémorrhagie buccale. Cette hémorrhagie avait principalement pour sujet les gencives et la lèvre inférieure; elle se renouvelait tous les vingt-six jours et durait de cinq à six jours.

Grossesse abdominale traitée par la gastrotomie, par M. Gaillard Thomas. — Ce mémoire contient tous les détails de l'opération, et est accompagné de commentaires très-instructifs. L'auteur fait ressortir l'importance d'un diagnostic porté au début de l'affection et recommande une prompte intervention chirurgicale ; l'expectation est, dans certains cas, une faute grave. Dans le cas rapporté par M. Thomas, le liquide du sac fut examiné par un excellent micrographe qui y découvrit des corpuscules ovariens. Le placenta fut laissé *in situ*; la plaie extérieure fut maintenue ouverte par un drain. Vers le quatorzième jour, des symptômes de septicémie s'étaient manifestés, on injecta dans le sac une solution antiseptique. A la fin de la cinquième semaine, le placenta apparut, en partie décomposé à l'orifice de la plaie et fut éliminé par petits fragments. La malade se rétablit rapidement. L'enfant qui était dans son état de développement suffisant pour vivre, n'a point été asphyxié par suite d'une compression exercée accidentellement sur le cordon.

M. R. Barnes insiste sur les difficultés du diagnostic et croit que l'absence ou la présence de ce qu'on a appelé *corpuscules ovariens* n'a pas une grande importance. Il pense comme M. Thomas que le placenta doit être laissé en place, mais il ne saurait approuver sans réserve ce procédé qui consiste à laisser ouverte la plaie extérieure. Ce *modus operandi* n'est pas sans danger, car il peut faciliter le développement des affections septicémiques.

M. ENGELMANN, de Saint-Louis, pense également que le diagnostic entre les différents kystes abdominaux ne peut être fait uniquement par l'examen des caractères histologiques du liquide.

M. DRYSDALE, de Philadelphie, remarque qu'il a examiné plus de 1500 fois des liquides abdominaux, et qu'il n'a jamais manqué de distinguer par l'examen histologique les kystes ovariens des autres tumeurs abdominales.

De la blennorrhagie chronique dans ses rapports avec la stérilité. — D'après le Dr NOEGGERATH, de New-York, la blennorrhagie persiste pendant des années dans certaines parties des organes génitaux de la femme où elle passe inaperçue.

Cette affection a une importance considérable sur la production des affections utérines et explique en partie la fréquence de la stérilité dans les grandes villes.

Cette manière de voir est vivement combattue par plusieurs membres du Congrès, parmi lesquels nous citerons MM. TRENHOLME, ENGELMANN et CHADWICK.

De la grossesse dans ses rapports avec la pathologie générale. — Dans un long et intéressant mémoire, M. ROBERT BARNES, de Londres, aborde cette importante question, qui n'a pas encore été suffisamment traitée dans son ensemble. Il étudie les changements chimiques qui s'opèrent dans la composition du sang pendant la grossesse, ainsi que les modifications subies par les principaux organes glandulaires, tels que la rate, le foie, le rein, etc.

M. BARNES rappelle que les maladies des yeux sont souvent modifiées ou aggravées par l'état puerpéral ; il cite à ce propos une observation d'amaurose qui se manifesta au début de la grossesse, et ne cessa qu'après l'acccouchement.

Il examine ensuite l'influence de la grossesse sur la circulation et cite les causes qui peuvent favoriser la circulation du sang et le développement du thrombus ; les plus importantes sont : 1° un certain ralentissement dans la circulation ; 2° un état particulier du sang ; 3° l'introduction de produits hétérogènes dans le torrent circulatoire qui peuvent donner lieu à la précipitation de la fibrine.

Les hémorrhagies qui se produisent pendant la grossesse sont généralement l'indice d'une grande tension artérielle, et doivent être considérées comme salutaires. Il est même nécessaire, lorsque le sphygmographe indique une tension artérielle très-élevée, de pratiquer une légère émission sanguine.

Le mémoire de M. BARNES est suivi d'une longue discussion à laquelle prennent part MM. PEASLEE, LUSK et BARKER.

L'espace nous manque pour rendre compte de tous les travaux qui ont été communiqués au Congrès. Nous signalerons parmi les plus importants : *désintégration des tumeurs fibreuses de l'utérus* par M. BYFORD ;

de l'urémie dans ses rapports avec les affections utérines, par M. Wiltshire de Londres; *ablation des ovaires dans un cas de névroseépileptique*, par M. Peaslee; *de l'emploi du chloral dans la pratique obstétricale*, par M. Richardson, de Boston, etc., etc.

Le Congrès s'est séparé après avoir décidé qu'il se réunirait à Boston en 1877, dans la dernière semaine de mai.

(*Séances du* 13 *au* 16 *septembre* 1876.)

Dr A. Lutaud.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Sur les rétrécissements du canal de l'utérus et de ses orifices, par le Dr Frédéric Eklund (de Stockholm) (1).

Il est de la plus haute importance de faire une distinction exacte entre les causes les plus fréquentes des rétrécissements du canal et des orifices du col de l'utérus et celles qui ne se produisent que très-rarement. Parmi ces dernières sont les lésions traumatiques après l'accouchement, les inflammations puerpérales, les blennorrhées, les ruptures des œufs de Naboth, les ulcérations spontanées profondes pendant la grossesse, la diphthérie et les injections vaginales caustiques, ainsi que, chez les femmes non enceintes, les exsudats qui se rident après des inflammations du bord intérieur de l'orifice externe de l'utérus, avec ou sans ulcérations. Les causes les plus fréquentes, et qui en même temps produisent avec la plus grande certitude les rétrécissements dont il s'agit ici, sont incontestablement : l'abus déplorable de caustiques solides, employés pour le traitement des catarrhes ulcératifs du col de l'utérus. Après application de crayons de sulfate de zinc, recommandés par Braxton Hicks, Sven Sköldberg a vu, dans deux cas, se produire des sténoses. Selon Howitz et Nyrop les crayons de zinc-alun de Sven Sköldberg ont le même inconvénient. Ed. Martin proteste contre l'emploi du nitrate d'argent en substance, et recommande à sa place une solution de protonitrate de mercure, Bernutz et Goupil ont vu, il y a déjà longtemps, se produire des occlusions de l'orifice vaginal du col de l'utérus.

Les rétrécissements du canal du col de l'utérus et de ses orifices peuvent se classer ainsi : 1° *oblitérants*, soit totalement, c'est-à-dire adhésifs à proprement dire, soit imperméables qui peuvent être subdivisés en adhésifs ou ethmoïdes; 2° *cicatrisés*, qui peuvent devenir oblitérants; 3° *calleux*, qui sont annulaires, semi-annulaires ou diffus. De toutes ces formes variées, les strictures

(1) Le résumé que nous publions est celui que nous trouvons à la fin du mémoire de M. Eklund.

ethmoïdes sont les plus remarquables. Elles consistent en filaments de tissu conjonctif, extraordinairement fermes et durs ; en les coupant elles crient sous le couteau et sont très-pauvres en vaisseaux sanguins. Sous l'influence des contractions rhythmiques de l'utérus le sang menstruel et les sécrétions utérines les traversent assez librement mais elles ne cèdent pas même à la pression la plus forte du bec de la sonde.

Les rétrécissements calleux sont analogues à ceux qu'on rencontre le plus souvent dans l'urèthre de l'homme et qui presque tous sont produits par le virus blennorrhagique (chaudepisse). Il est toutefois parfaitement impossible de décider, dans quelle proportion l'origine de ces rétrécissements doit être attribuée à la maladie elle-même, ou au traitement par les caustiques.

En faisant le diagnostic nous devons nous garder de confondre les rétrécissements proprement dits avec aucun des états physiologiques ou morbides ci-après, savoir : la résistance normale des fibres musculaires circulaires de l'utérus ; les rétrécissements spasmodiques ou inflammatoires ; l'engorgement de la membrane muqueuse par suite de catarrhe chronique ; les occlusions par suite de tumeurs, comme polypes, fibromes, œufs de NABOTH ; les sillons extraordinairement profonds entre les plis de la membrane muqueuse du canal cervical ; les rétrécissements congénitaux des orifices ou du canal même du col de l'utérus ; l'allongement de celui-ci ; le froncement concentrique du canal par atrophie sénile ; les flexions de l'utérus avec atrophie du point de flexion, etc.

Le pronostic s'applique non-seulement à la manière dont se comporte la maladie livrée à elle-même, mais aussi à l'apparence qu'il y a à ce que la malade puisse être délivrée de son mal par une opération. Le rétrécissement lui-même est un état morbide très-sérieux de l'appareil sexuel féminin, mais un contraste éclatant c'est l'amélioration considérable de la constitution de la malade après l'opération.

La prophylaxie est le point capital. La règle principale est d'éviter les caustiques qui font les eschares profondes. Il faut tenir compte en premier lieu de la condition générale de la malade ; c'est ordinairement la chlorose que l'on doit guérir par les moyens convenables. Le traitement local des catarrhes, des érosions et des ulcérations doit commencer par un léger astringent, par exemple au moyen de crayons d'acide tannique, recommandés par le professeur ANDERS ANDERSON, de Stockholm, et, si cela ne se montre pas assez efficace, on peut passer à un astringent un peu plus énergique, par exemple au sulfate de cuivre en solution (1 : 5—1 : 50). On ne doit jamais faire usage des moyens caustiques qui produisent des rétrécisse-

ments. Contre les catarrhes opiniâtres ou les blennorrhées chroniques l'hydrothérapie est le remède le plus efficace.

Au point de vue opératoire on a trois méthodes à choisir, savoir : la dilatation forcée, la dilatation successive avec des sondes élastiques et l'incision. La dilatation forcée avec l'instrument de PRIESTLEY ou d'ELLINGER peut devenir très-dangereuse. La seconde méthode ne conduit pas au but, selon l'expérience de l'auteur. Reste aussi l'incision, qu'il faut modérer d'après les circonstances ; mais pour faire connaître la manière d'opérer de l'auteur, il nous faut renvoyer le lecteur à l'original.

Du frisson, sa valeur séméiologique pendant l'état puerpéral, par G.-J. STOÏCESCO. Thèse de Paris, 1876.

Dans la première partie de son travail, l'auteur expose les différentes théories qui ont été émises sur le frisson. Celle de Pfankeck mérite d'être signalée : une femme frissonne parce que le fœtus expulsé est une source de chaleur ; celui-ci venant à manquer, elle fait une perte réelle de chaleur qui devient la cause du frisson *post partum*. Deux faits cliniques viendraient appuyer cette théorie : 1° quand le fœtus est mort prématurément, la femme éprouve des frissonnements à une époque qui correspond à la mort du fœtus; 2° la femme dont le fœtus est macéré depuis longtemps, ne présente pas de frisson caractéristique après la délivrance. On conçoit toute l'importance de cette théorie, si elle était vérifiée par les faits et quel précieux élément de diagnostic elle introduirait dans la science.

Ce qu'on sait de précis sur la production du frisson peut se résumer de la manière suivante : les centres nerveux, impressionnés par une cause morbifique connue ou inconnue, provoquent au moyen des vaso-moteurs, une constriction des vaisseaux périphériques et une dilatation des vaisseaux centraux ; ils activent ainsi les phénomènes physico-chimiques d'où provient la chaleur.

Mais cela est insuffisant pour expliquer certains cas. Si par exemple on prend deux femmes accouchées : chez toutes les deux on trouve une véritable abondance de matières pyrétogènes ; l'une d'elles n'éprouve pas même une sensation de froid et chez l'autre on observe des frissons d'une extrême violence ; mais pour le frisson comme pour tout autre acident morbide, il faut tenir compte de la *prédisposition* ; il faut compter avec la cause et avec le milieu sur lequel elle s'exerce ; pour que la première produise son effet, *il faut que l'économie consente à recevoir l'impression morbifique.*

M. Stoïcesco étudie ensuite l'importance diagnostique du frisson dans l'état puerpéral. Le frisson qu'on observe au moment de l'expulsion n'annonce rien de grave, s'il ne s'accompagne ni d'augmen-

tation de la température, ni d'accélération du pouls; mais après le travail et dans les jours qui suivent, il présente au contraire une grande importance et peut être considéré comme le prélude d'affections graves : septicémie, lymphangite, phlébite, etc.

L'auteur rapporte, d'après M. Siredey, la différence qui existe entre le frisson de lymphangite utérine et celui de la phlébite utérine : le frisson est unique, moins long, moins violent ou peu répété dans la lymphangite ; il est plus violent et plus répété dans la phlébite. Dans la lymphangite, l'élévation de la température est brusque et constante; dans la phlébite, il y a des variations très-marquées.

En somme, le travail de M. Stoïcesco constitue une excellente étude de pathologie générale dans laquelle on trouve des données pratiques d'une grande importance. L'auteur s'est surtout attaché à démontrer les rapports qui existent entre le frisson et la température, et il a joint à son ouvrage 35 tracés thermométriques très-démonstratifs.

Dr A. Lutaud.

Compendium d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, par M. François Macari.

M. Macari, professeur à l'Université royale de Padoue, a publié un volume, dont nous venons de donner le titre, qu'il dédie surtout aux étudiants et aux médecins de la campagne. L'ouvrage est divisé en cinq parties. Dans la première l'auteur traite de l'eutocie. Cette partie contient l'histoire de l'obstétrique, le mécanisme de l'accouchent, l'anesthésie obstétricale, et quelques notions d'obstétrique comparée. La seconde est consacrée à la dystocie, nous y trouvons successivement étudiés, les vices du bassin, les agents oxitociques et ecboliques.

Dans la troisième M. Macari s'occupe des observations obstétricales; il étudie successivement l'action des leviers, les avortements provoqués, la symphyséotomie; l'auteur s'y déclare adversaire de la force mécanique dans les accouchements. Dans la quatrième il passe en revue les maladies des femmes en couche, la septicémie, la pyohémie, la thrombose, l'embolie, les affections du col de l'utérus, etc. La cinquième et dernière partie est consacrée à l'étude des maladies des enfants. M. Macari, tout en se montrant chaud défenseur des travaux de ses compatriotes, n'a pas négligé de faire connaître les progrès réalisés par les auteurs anglais, allemands, américains et français.

Le compendium dont nous venons de fournir une analyse succincte mérite d'être consulté, et nous n'hésitons pas à déclarer que sa lecture sera instructive pour ceux qui s'occupent de gynécologie.

VARIÉTES

Le lait peut-il transmettre la syphilis ? — Le Dr R. Woss croit d'après les expériences qu'il a faites et que nous trouvons rapportées dans le *Petersb. med. Wockenschrift.* (n° 23, 1876), que le lait d'une personne atteinte de syphilis est susceptible de transmettre la maladie, aussi bien que le sang. Il injecta, au moyen d'une seringue de Pravaz le lait d'une femme atteinte de syphilis dans le tissu cellulaire sous-cutané de trois prostituées. Les mamelles ne présentaient aucune altération pathologique et le lait fut obtenu par la pression. L'une des femmes qui furent injectées était déjà syphilitique, le résultat fut négatif. Chez une seconde, il n'y eut pas non plus d'infection. Chez la troisième, qui n'était pas syphilitique, l'injection fut pratiquée le 27 décembre. Il se forma chez cette dernière, comme chez les autres, un abcès au niveau du point injecté, et vers le 3 novembre, on constata une éruption papuleuse, au pourtour de l'endroit où l'injection avait été faite, et plus tard, il survint des manifestations générales.

De l'emploi du forceps dans la délivrance. — Le Dr Jurney, professeur d'obstétrique dans l'Ohio, rapporte dans *Ohio medical and surgical Journal,* qu'il est convaincu que la façon habituelle de pratiquer la délivrance au moyen du forceps est une cause fréquente de déchirure du périnée. Pour remédier à cet inconvénient, l'auteur ne pratique pas de tractions pendant la durée de la contraction utérine, mais, au contraire, dans l'intervalle des douleurs. La traction dans ces cas a pour but d'empêcher le retrait de la tête et de la fixer fortement contre le périnée. De cette façon, il prévient le retrait du périnée et convertit une pression intermittente et énergique en une pression lente, mais persistante. Sous l'influence de cette pression modérée, mais constante, le périnée se dilate sans secousse, et la déchirure se trouve ainsi évitée. De là, la règle qu'il propose, quand on fait une application de forceps de ne faire aucune traction pendant les douleurs, et de n'agir que dans l'intervalle de celles-ci.

De la température du fœtus dans l'utérus. — Nous lisons dans le *Lyon médical* du 24 octobre 1876, que le Dr Alexeef, assistant à la clinique obstétricale de Moscou, a eu l'occasion d'observer plusieurs fois que la température du fœtus est plus élevée que celle du vagin de la mère. Les observations de cet auteur viennent confirmer celles du Dr Wurster. Dans 8 cas, il a pu prendre la température du fœtus pendant l'accouchement.

Dans quatre de ces cas où le siége se présentait, la température fut prise dans le rectum ; dans les quatre autres cas, où il eut affaire à une présentation de la face, le thermomètre fut placé au-dessous de la langue.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Absence d'utérus avec tumeur de nature indéfinie dans chaque canal inguinal, par UNDERHILL. (*Edinb med. J.*, avril 1876, et *Année médicale*, juin 1876, p. 103).

Grossesse de huit mois, éclampsie, accouchement provoqué en deux heures à l'aide de la main seulement, par le Dr LERICHE (de Mâcon). (*Gaz*, *hôp*. 1876, p. 1100).

Observation d'ovariotomie, par le Dr VILLENEUVE (*Marseille méd.*, 20 octobre 1876, p. 584).

Rétention d'urine probablement due à un calcul uréthral chez un petit garçon de 19 mois, hémorrhagie grave, guérison, par le Dr MOTTE (de Dinant). (*Scalpel.*, 16 juillet 1876.)

De l'ablation des tumeurs de la vulve par la galvanocaustie thermique, à l'aide d'un instrument produisant la pédiculisation et l'ischemie chirurgicale, par CHÉRON (*Gaz. hôp.* 1876, 8 juillet, p. 627).

De quelques difficultés d'accouchement inhérentes à la présentation du siége, et de l'emploi du crochet mousse, par BAILLY, (*Gaz. hôp*. 1876, 1er juillet, 13 juillet, 29 juillet).

Des abcès multiples du tissu cellulaire chez les nouveau-nés et les enfants à la mamelle, par BOUCHUT (*Gaz. hôp.*, 1er août 1876).

Éclampsie à la fin de la grossesse chez une femme de 48 ans, guérison, par le Dr TRIAIRE (de Tours). (*Gaz. hôp.* 1876, *p.* 789).

Kyste de l'ovaire, par SAINT-ANGE (Soc. *anat.*, mars 1876. *Progr. méd.* 1876, 26 août).

Déformation de l'utérus dans un cas de carcinome de l'ovaire, par GOLAY (*Soc. anat. Progr. méd.*, 19 août 1876).

Augmentation brusque de l'utérus à cinq mois. Hydropisie de l'amnios. Accouchement gémellaire entre six et sept mois, par le Dr LEROY DE LANGEVINIÈRE (*Année médicale*, juillet 1876, p. 116).

Transmission des médicaments de la mère au fœtus, par BENICKE. (*Analyse*, *Lyon méd.* 1876, 17 septembre, p. 101).

Nouveau spéculum, par DEVRIENT (*J. de méd. et de chir. prat.*, 7 septembre 1876).

Rétroversion de l'utérus gravide à deux mois et demi et trois mois méconnue. Rétention d'urine durant dix-sept jours, méconnue et prise

pour la grossesse, réduction, accouchement à terme, par Quintin (*Annales de la Soc. méd. ch. de Liége*, août 1876).

Kyste de l'ovaire. Ovariotomie, mort le quatrième jour, autopsie, par Monod (*France méd.* 1876, p. 566 et 605).

Oblitération du vagin, par Tueferd (de Montbeliard) (*Union méd.*, 31 août 1876, p. 322).

Enseignement obstétrical et gynécologique à Paris et en Allemagne, par Thaon (*Progrès méd.*, 21 septembre 1876).

Polype utérin de nature hypertrophique. Extirpation. Guérison, par le Dr Le Diberder (*J. de méd. et de chir. pratiques*. Mars 1876).

Une variété de tumeurs de la région cervicale chez les nouveau-nés, par Blachez (*Gaz. heb.*, 19 mai 1876, p, 305).

Note sur un nouveau moyen qui permet de constater l'existence de mouvements au niveau de la symphyse pubienne pendant la grossesse, par Budin (*Progr. méd.*, 4 décembre 1875).

Augmentation de la longueur du col de l'utérus après l'accouchement, par Duncan (*Gaz. obst.*, 5 juillet 1876, p. 193).

De la fissure à l'anus chez les enfants à la mamelle, par Mabboux (*Union méd.*, 18 mai et 18 juin 1876).

Un cas d'ovariotomie pratiquée pendant la grossesse, par Baum (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 27 mars 1876, et *France méd.*, 18 juill. 1876, p. 446).

Hypertrophie de la portion sous-vaginale du col de l'utérus, par Guérin. (*Leçon. Gaz. hôp.* 1876. p. 69).

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Om Fortran gningar i moderhalskanalen och hans mynningor, par Fr. Eklund (de Stockholm).

Fall af Endometritis fungosa, par le Dr Fr. Eklund.

ERRATA

Numéro de janvier 1877.

Page 63, ligne 25, après 165, supprimez la lettre *c* et ajoutez *degrés*.
— — 30, au lieu de : *pénétrant*, lisez : *pénètrerait*.
— 64, — 13, au lieu de : *Les* risques, lisez : *Ces* risques.
— — 35, au lieu de : *dans les propositions*, lisez : *dans les mêmes proportions*.
— 65, — 37, au lieu de : *nullipare*, lisez : *multipare*.
— 69, — 18, au lieu de : *fêlure*, lisez : *filière*.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. Leblond.

A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Mars 1877.

TRAVAUX ORIGINAUX.

A M. le docteur Tarnier

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de la Maternité,
Membre de l'Académie de médecine.

Mon cher ami,

Vous connaissez toute mon affection pour votre personne. Elle n'a d'égale que mon estime pour votre savoir et votre talent. Nous nous sommes connus, il y a bien longtemps déjà quand vous tout jeune encore, moi commençant à vieillir, je dirigeais, avec vous, cette clinique d'accouchements trop étroite, alors, pour les élèves qui s'y pressaient! Nous avons toujours depuis conservé nos relations amicales et il ne tiendra pas à votre vieux collègue qu'elles ne finissent qu'avec lui.

Mais vous savez aussi, mon cher ami, que le professeur Pajot a toujours dit ce qu'il pensait (d'aucuns prétendent que cela lui a fait beaucoup de tort, il s'en soucie fort peu); or, vous seriez étonné, j'en suis sur, s'il appuyait votre opinion, quand il n'est pas de votre avis.

« Toute opinion sincère est respectable. » Ce vieux cliché reproduit sans cesse dans les questions scientifiques, politiques et religieuses a le don de m'irriter. Je l'accepterais pourtant, le jour où l'on démontrerait qu'un honnête homme instruit n'a jamais eu de convictions fausses et qu'un imbécile ne saurait avoir d'opinions sincères.

Respecter les personnes.... respectables, toujours; les opinions, jamais.

Plus je réfléchis à ce vieux dicton, plus je le trouve faux et bête. Aussi, quelque justes et sensées que me paraissent les opinions contenues dans ce travail, je vous engage, de toutes mes forces, à ne point les respecter, quoique sincères, si elles vous semblent erronées et si vous pouvez les réfuter par de bonnes raisons. Je vais d'ailleurs vous donner l'exemple, car j'ai beaucoup réfléchi depuis votre aimable visite.

Cet exorde est un peu long, mais il était nécessaire pour nos confrères, peu au courant de nos relations amicales. Ils eussent été capables de nous prendre pour des adversaires, et d'espérer, à la joie de la galerie, nous voir bientôt en venir aux mains, ce que nous sommes, d'ailleurs, toujours disposés à faire, quand il s'agit de nous les serrer.

Vous avez imaginé des forceps, mon cher ami, je ne vous en blâme pas, cela peut arriver à tout le monde.

Vous avez inventé des forceps *pour les ignorants*, ceci déjà me convient moins. J'enseigne qu'on n'est pas forcé de se faire accoucheur. Quand on ne sait pas ce métier-là, rien n'empêche d'en apprendre un autre.

Vous m'accorderez ce premier point.

Au moins, si vous avez conçu le forceps des ignorants, je passe sur la gestation, le nouveau-né est-il viable? En un mot, avez-vous réussi?

C'est ce que nous allons examiner ensemble, en vertu des principes émis ci-dessus.

Compétent comme vous l'êtes, vous m'accorderez, j'espère, quelque teinture de la question.

Quand vous me fîtes l'honneur de venir chez moi, pour me montrer vos instruments, je vous concédai sur-le-champ, qu'en tirant sur le forceps actuel, comme les classiques enseignent à le faire, *on ne tirait pas dans l'axe du bassin,* au-dessus du détroit supérieur surtout (laissons de côté en ce moment, les tractions dans l'excavation et à la vulve) : aussi vous fis-je remarquer, tout de suite, que depuis plus de trente années, j'enseignais *à tirer autrement.*

De plus, quand, fort ingénieusement, vous m'eutes prouvé (en faisant de mes deux mains un détroit supérieur) qu'en tirant avec le forceps commun, suivant le mode classique, vous me coupiez les doigts *en avant*, je vous répliquai : « je le sais et je n'apprends pas aux jeunes médecins à tirer ainsi »; mais si la démonstration est irréfutable contre moi, vous m'accorderez qu'elle est non moins indéniable contre vous : or quand vous substituâtes votre nouveau forceps à l'ancien, à mon tour, je vous fis remarquer qu'à la vérité, vous ne me coupiez plus les mains *en avant.* Vous me les coupiez *en arrière*, et si vous me vîtes sourire, c'est qu'intérieurement je pensais à l'interrogatoire du naufragé chez les antropophages. « Préférez-vous être rôti par le dos ou par le ventre?

Le point du rôti, je veux dire de la pression, était changé, mais la pression était la même. Ni l'un, ni l'autre forceps ne tirait absolument dans l'axe.

Mon cher ami, je vais être fort audacieux, vous avez toute liberté de combattre mon outrecuidance. *Il ne pouvait en être autrement et il n'en sera jamais autrement avec aucun instrument.*

L'idée de tirer, en se servant des mains, suivant l'axe exact, *mathématique* du bassin au moyen d'un instrument passant par la vulve, c'est la quadrature du cercle. Par *à peu près*, oui, mathématiquement, non, à moins *d'un appareil,* et encore, ne tirera-t-on que suivant un axe moyen, voisin de l'axe classique, ou de celui de Carus, par exemple.

Pour tirer suivant l'axe classique d'une façon mathématique, l'appareil doit réunir les trois conditions suivantes :

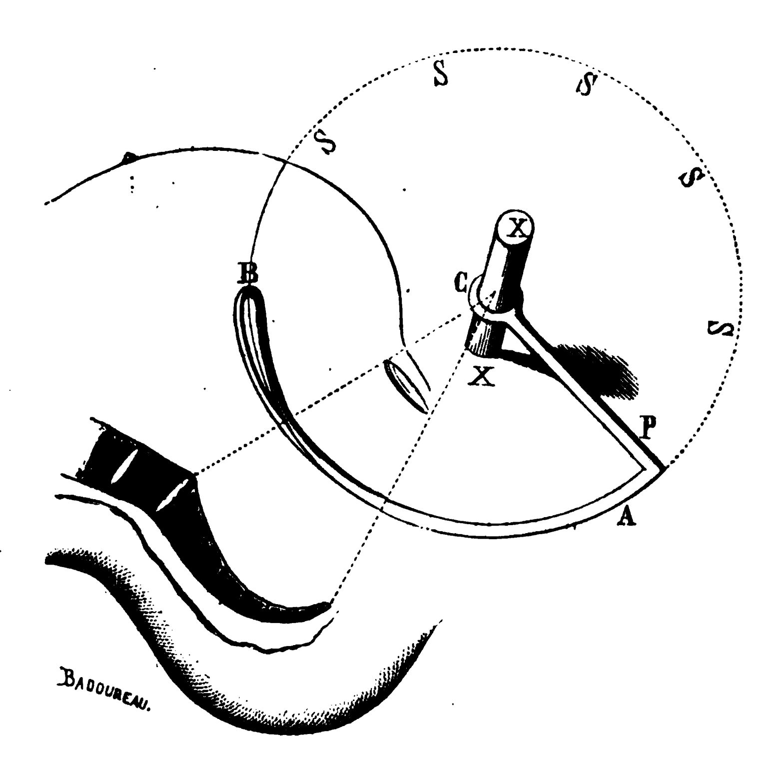
1° Canal osseux immobile ;

2° Centre de rotation immuable (en dehors de la femme et de l'accoucheur);

3° Pièces instrumentales inflexibles.

Je résume. Canal immobile. Centre immuable. Instruments inflexibles.

Soit le forceps BA qui représente une portion de cercle. Il peut tourner au moyen du rayon rigide CP autour du centre



fixe C. Le centre C est traversé par la tige rigide et inflexible XX immuable à ses deux extrémités. Je dis que le point B du forceps suivra mathématiquement l'axe classique du bassin, si

la traction est faite au point P, l'instrument BA décrivant fatalement la courbe BASSSS.

En effet, le forceps AB ne peut incliner B, ni en avant, ni en arrière, ni sur les côtés, la tige inflexible CP et l'inflexibilité de BA, lui-même, s'y opposent, joints à l'immobilité du bassin et du centre de rotation C.

Voilà les principes appliqués. Pourraient-ils l'être autrement? Cela est plus que probable. *On pourrait substituer à* XX (*tige horizontale*) une tige verticale, etc. (1).

Mais en dehors de *l'immobilité* du canal osseux, *de la fixité* absolue du centre et de *l'inflexibilité* des pièces instrumentales, je ne crains pas d'avancer que la recherche d'un instrument destiné à suivre *mathématiquement* l'axe du bassin est une chimère. Votre forceps réalise-t-il ces principes? Comment le pourrait-il? Vous considérez les notions anatomiques concernant l'axe du bassin comme « *toujours incertaines parce que tous les bassins diffèrent* », mais alors comment pouvez-vous tirer suivant un axe que vous avouez ignorer?

C'est qu'en effet avec votre forceps comme avec le nôtre, vos tractions ne sont jamais qu'un *à peu près*, c'est le bassin lui-même qui fait le reste. D'une part, la forme, les dimensions, la résistance, la direction et la lubrifaction du canal; de l'autre la forme, le volume, la souplesse, l'enduit sébacé de la tête, ajoutés aux tractions par *à peu près* dans l'axe, suffisent à l'innocuité de l'extraction.

En voulez-vous la preuve? D'abord, c'est le nombre énorme d'enfants vivants et de mères heureusement accouchées par des praticiens de tous pays que vous ne soupçonnerez pas de connaître, mieux que vous, un axe que vous dites ignorer.

De plus, faites l'expérience suivante dans le premier accouchement que vous rencontrerez, l'enfant étant mort.

Fixez un lacs sur le point de la tête le plus accessible au doigt.

---

(1) Peu confiant dans mes connaissances en mécanique, j'ai prié mon collègue et ami, M. le professeur Gavarret, de juger le théorème et la figure. Son avis est que tous deux sont exacts.

Tirez du dehors sur ce lacs. J'affirme qu'avec un bassin normal et une tête ordinaire vous arriverez à extraire le fœtus.

Or, aurez-vous suivi *les axes du bassin*? Très-mal.

C'est le bassin lui-même qui aura servi de directeur, comme il sert de laminoir dans les tractions mécaniques.

Malgré la mauvaise direction *forcée* des tractions, le fœtus finira par être extrait, plus dangereusement, à coup sûr, qu'avec un forceps bien manié permettant de rapprocher les tractions, sinon de l'axe mathématique, au moins de l'axe classique ou moyen; mais enfin l'extraction pourra se faire, ce qui justifie ma profession de foi: « on peut accoucher les femmes avec tout, même avec des pincettes, ce qui n'est pas une raison pour le tenter. » Ce qui explique encore les prétendus succès des machines les plus diverses et comme disait P. Dubois, les plus extravagantes. Ceci, bien entendu, ne s'applique nullement à votre forceps qui, conçu par un homme instruit et intelligent comme vous l'êtes, doit nécessairement l'avoir séduit par des qualités manquant à l'autre, ou au moins, par l'absence de défauts justement reprochés à l'ancien.

Je vous l'accorde, votre forceps n'a pas les défectuosités du forceps usuel. Il a les défauts contraires. Pas plus lui que l'autre, en tirant seulement sur les manches, il ne peut suivre l'axe mathématique. De plus, il est moins facile que l'autre à introduire pour un homme supposé ignorant des directions.

Maintenant, pourra-t-on accoucher des femmes avec votre instrument? Autant qu'on voudra.

Si l'on arrivait à fonder un prix, seulement d'un million, à l'auteur de vingt forceps différents, avec lesquels on accouchera des femmes, je me fais fort de le gagner. Par malheur, il me faudrait le partager entre les leniceps, retroceps, lateroceps, anteroceps, posteroceps, rectoceps, curvoceps et les autres betoceps que je pourrais imaginer moi aussi.

Tout cela veut-il dire que j'aille conseiller la construction d'une mécanique semblable à celle dont j'ai donné la figure? Je m'en garderais. Elle serait aussi encombrante qu'inutile.

En tirant, comme je l'enseigne et le pratique depuis plus de trente années, on suit de si près l'axe véritable que la ligne ma-

thématique aurait de très-faibles avantages, comparés aux inconvénients de la machine.

Vous ne tirez toujours qu'*à peu près*, direz-vous. Et vous aussi, répondrais-je, et combien *avons-nous* en obstétrique ou en médecine, d'*à peu près* qui nous suffisent?

Quant à celui-là, il m'a jusqu'ici satisfait et il a toujours paru suffisant à mes élèves devenus praticiens, et vous savez, mon cher Tarnier, combien de milliers ont passé par mon enseignement!

Ce n'est pas tout.

Vous êtes trop judicieux, cher ami, pour ne pas convenir avec moi, qu'avant de savoir *sortir*, il est indispensable d'apprendre à *entrer*. Or, je vous le demande, à vous clinicien: est-ce dans les tractions qu'on voit se produire, le plus souvent, les épouvantables accidents causés par l'ignorance présomptueuse?

Est-ce dans les tractions que les imprudents inexpérimentés crèvent les culs-de-sac et perforent l'utérus? Non. Les tractions amènent plus d'accidents par les mains des entêtés, *même instruits*, que par les tractions craintives des ignorants; par les abus de la force physique mise au service d'un esprit faux, que par l'inexpérience effrayée bientôt de ses efforts impuissants.

En géneral, les ruptures et les éclatements arrivent moins en tirant *mal*, qu'en tirant *trop*. Si vous me répondez, *tirer mal* entraîne à *tirer trop*, je vous demanderai à mon tour : sont-ce des praticiens de village qui tirent deux ensemble et même trois?

En insistant, comme je le fais, dans mes leçons sur la nécessité d'observer attentivement les directions suivies *en entrant* pour reproduire, à l'inverse, les même directions *pour sortir*, je réponds à l'un des reproches de votre réquisitoire contre le forceps classique quand vous écrivez: « On dira sans doute qu'un accoucheur habile sait donner au forceps une direction en rapport avec la courbure du bassin. Pour que cela fût vrai, il faudrait que les accoucheurs fissent exécuter à l'instrument un trajet... *alors qu'ils n'ont pour guide que des règles anatomiques* TOUJOURS *incertaines puisque la conformation du bassin n'est*

pas toujours la même chez toutes les femmes. » Il faudrait citer tout le passage pour faire voir à quelles illusions peut se laisser entraîner un esprit, même comme le vôtre, quand il est dominé par une idée préconçue.

Et pourtant vous ne pouvez, vaincu par l'évidence, nier que le forceps, entre les mains *d'un observateur*, indique lui-même, la direction qu'il doit suivre, mais vous ergotez aussitôt sur la pression subie, *pendant quelques instants*, par les parties maternelles, vous qui ne craignez pas de saisir la tête fœtale au *moyen d'une vis de pression à demeure.*

D'autre part, vous ne pouvez méconnaître, non plus, la valeur de mon objection quand je vous ai fait voir qu'une main placée près de la vulve ramenait les tractions dans un axe presque identique à celui du bassin, aussi ajoutez-vous : « On perd ainsi de la force. » Je le crois bien et c'est pour cela que la méthode est bonne. Je ne veux pas que l'accoucheur exerce des tractions sur un forceps en y suspendant tout le corps, on ne doit pas s'y atteler, ni tirer sur cet instrument comme un marin sur un aviron. Il y a des médecins qui font ainsi. Cette méthode est condamnable et dangereuse. P. Dubois l'interdisait formellement et je suis absolument de son avis. Donc, ce qui pour vous est un inconvénient, je le regarde comme un avantage. En obstétrique, quand il faut de la force, mieux vaut *trop peu* que *trop*. C'est ma formule.

Avant d'arriver aux causes d'erreur dans la direction des tractions, je veux examiner les conclusions de votre mémoire. N'ayant pas, aujourd'hui, tout le loisir suffisant pour discuter beaucoup de détails qui me semblent au moins contestables, en m'attaquant aux conclusions, ce sera vous donner un champ large à la réfutation de mes critiques.

Vous dites : « Le forceps ordinaire est imparfait et on peut lui faire trois reproches :

1° « *De ne* JAMAIS *permettre à l'opérateur de tirer suivant l'axe du bassin* ».

Posée d'une manière aussi absolue cette conclusion est une erreur :

Le forceps permet de tirer *dans tous les cas*, d'une manière *suf-*

fisante pour la pratique (*cent mille accouchements l'attestent*) dans les axes du bassin et des parties molles et dans les cas les plus nombreux, à la vulve et dans l'excavation, l'instrument permettrait de tirer absolument dans l'axe, si cet axe *mathématique* était connu de l'accoucheur. Il ne l'est pas et cela est parfaitement indifférent, l'axe moyen suffit, par cette raison qui paraît vous avoir échappée, cher ami, c'est que la plus grande largeur des cuillers (5 à 6 centimètres), évolue dans un canal de 11 centimètres, que l'instrument ne peut, dans ces conditions, jamais léser le canal par lui-même, dans les basssins nornaux, ni arcbouter la tête contre le détroit ou les parois, à moins de tirer avec une ignorance complète. La tête fœtale *seule* presse sur les parties molles à chaque traction. Or nous savons qu'il faut une pression *très-forte ou prolongée* de la tête pour entraîner des conséquences fâcheuses.

Donc, cette première conclusion est en partie trop absolue et j'ajoute en partie fausse, parce qu'elle s'appuie sur cette autre assertion d'une part *exagérée* et de l'autre *inexacte*, « *c'est que la plupart des accoucheurs conseillent, pour faciliter le dégagement de la tête, de relever l'instrument au devant de la symphyse pubienne* ET DE LE COUCHER, POUR AINSI DIRE, SUR LE VENTRE DE LA FEMME. *Il est évident, dites-vous, qu'avec une pareille direction, le forceps ne tire plus dans l'axe vulvaire et qu'il n'agit plus comme instrument de traction* ». L'exagération consiste à dire « *de le coucher, pour ainsi dire, sur le ventre* », je n'ai pour ma part jamais donné ce conseil. Le relever. Oui. Et non-seulement c'est une erreur de dire que l'on ne tire pas suivant l'axe vulvaire, car relever l'instrument est le seul moyen de faire passer la courbe du forceps sans contondre ou froisser les parties en *bas* ou en *haut* selon qu'on le relève *trop*, ou *pas assez*, mais c'est une erreur beaucoup plus grave d'ajouter que le forceps étant un levier n'est plus un instrument de traction quand précisément vous, mon cher Tarnier, avez voulu réhabiliter le levier dans ce rôle.

Et, si l'on chicanait sur les mots, je dirais, si ce n'est pas un moyen *de traction*, c'est à coup sûr un excellent moyen d'*extraction* dans ce cas et qui n'est nullement « douloureux »

pour la femme ni « menaçant » pour le périnée, quand on ne met pas dans son emploi l'exagération que l'on trouve dans votre description.

Vous reprochez ensuite au forceps classique

2° « *De ne pas laisser à la tête fœtale une mobilité suffisante pour qu'elle puisse suivre librement la courbure du bassin.* »

Comment cher ami, vous, avec votre nouveau forceps à 4 branches, qui *vissez la tête du fœtus entre deux d'entre elles*, vous reprochez à mon vieux forceps d'ôter à la tête sa mobilité.

Mais il l'ôte si peu, que vous reconnaissez vous-même, 1° qu'abandonné à ses seules inspirations, il trace automatiquement la courbe du bassin (ce qui va faire du tort à votre forceps à aiguille, tout à l'heure); 2° qu'il laisse souvent tourner la tête, saisie entre les cuillers, celles-ci restées immobiles ou parfois entraînées aussi par le mouvement de rotation du sommet. Et cela est vrai. Quel praticien un peu expérimenté ne l'a observé.

Enfin vous reprochez à notre vieux forceps.

3° *De ne pas être pourvu d'une aiguille qui montre dans quel sens l'accoucheur doit diriger ses tractions.*

Ah! par exemple, cher ami,si je prouve que votre aiguille ne marque rien de précis; de plus, que ce qu'elle apprend, l'accoucheur peut se passer d'elle pour le savoir, j'aurai attiré sur votre aiguille la déconsidération la plus distinguée, la plus méritée et je contraindrai votre forceps à aiguille à suivre dans sa retraite le fusil du même nom.

Non, votre aiguille n'indique pas exactement l'axe du bassin.

Prenons une femme primipare à vulve très-antérieure, petite, et entrée du vagin fort étroite. Votre forceps appliqué, l'aiguille sera dirigée, au dehors, *très en avant et en haut* par rapport au coccyx.

Chez la même femme, ayant le périnée entamé jusqu'à quelques millimètres de l'anus, votre aiguille se portera beaucoup plus *en arrière et en bas*, et *c'est le même bassin.*

Si donc votre aiguille marque juste dans le premier cas, son indication est fausse dans le second et réciproquement.

Contestez-vous le fait? Vérifiez-le.

Or, votre aiguille n'indique donc pas autre chose que ce qu'indiquent les branches du forceps ancien, *en tenant compte de sa forme*, quand les branches sont abandonnées à elles-mêmes.

Mais alors votre aiguille ne trace pas cet axe mathématique du bassin, pierre philosophale qu'aucun forceps ne vous fera découvrir parce qu'en dehors des *trois conditions* indiquées plus haut, le problème est géométriquement insoluble.

Nous n'arriverons autrement qu'à des *à peu près*, suffisants jusqu'ici et qui suffiront toujours aux accoucheurs capables. Les incapables entreront dans une administration.

D'ailleurs, mon cher ami, l'obstétrique n'est pavée que d'*à peu près* et nous nous en contentons. Par force, direz-vous, je le veux bien, mais nous nous en contentons. *A peu près*, dans la question de l'époque de la grossesse et du commencement du travail, *à peu près* dans la question de l'énergie utérine, de la terminaison de l'accouchement, du volume de l'enfant dans l'utérus, du degré de réductibilité de la tête, *à peu près* dans la mensuration du bassin, etc. etc. On n'en finirait pas.

Et pourtant, mon cher Tarnier, vous et moi nous secourons les femmes et les enfants très-convenablement. Vous et moi, avons-nous sauvé d'une mort certaine la dame de la rue Richer et son enfant aussi. Vous le rappelez-vous? Et combien d'autres, vous? Et combien d'autres, moi?

Il vaudrait mieux, sans doute, résoudre tous ces problèmes mathématiquement et pratiquement. Par malheur ces deux conditions semblent s'exclure presque toujours.

Si la solution est mathématique, elle n'est plus pratique. Si elle est pratique, elle échappe aux mathématiques par quelque point.

Je vous ferai deux derniers reproches avant de rechercher les causes des mauvaises tractions et de clore cette discussion amicale.

Vous croyez, cher ami, avoir trouvé beaucoup plus de faci-

lité à extraire avec votre forceps qu'avec celui de Levret. Certes, j'applaudis à vos efforts, mais combien sont faciles les illusions de l'auteur sur les perfections de l'œuvre. Combien tous, tant que nous sommes, semblons enclins à prendre pour le type de la beauté, les petits hiboux dont nous sommes les pères.

A part les bassins étroits et les positions postérieures, dans l'obstétrique usuelle, quand donc le dégagement est-il si difficile?

C'est comparativement, me répondrez-vous. Comment comparer? Chez la même femme, ce n'est pas toujours probant. Comment alors comparer chez des femmes différentes, à moins que le nombre ne soit très-considérable de part et d'autre.

Vous m'avez vu, plus d'une fois, appliquer le forceps, mon cher Tarnier, me suis-je jamais livré, devant vous, à ces tractions excessives et presque ridicules? Cela n'a-t-il pas paru toujours assez facile?

Laissons cet argument. Le second reproche avant de finir mes critiques et de vous tendre la main, a pour objet le tracé de vos figures relatives aux applications *au détroit supérieur*.

Vous n'y avez pas songé, mais dans presque tous vos dessins, le forceps *ne pourrait pas être articulé* ni la tête saisie, autrement que par l'extrémité des cuillers. Or, je crois avoir démontré, sur le vivant, en 1853, qu'au-dessus du détroit supérieur, l'*articulation du forceps n'est possible*, qu'en faisant pénétrer les branches de manière à placer l'articulation à l'entrée du vagin.

Le fait est intéressant. Il s'agissait d'une femme, en travail depuis plusieurs jours, amenée des environs de Paris, sur une charrette par son médecin, praticien fort honorable, déjà vieux et ayant fait un très-grand nombre d'accouchements. Il avait tenté plusieurs applications de forceps au-dessus du détroit supérieur, la femme ayant un léger rétrécissement. *Jamais il n'avait pu articuler*. J'opérai la femme devant lui, en présence des élèves de la Clinique : sa surprise fut extrême, quand il vit l'articulation se faire du premier coup et avec la plus grande facilité.

Il n'y comprenait rien, me dit-il, quand je lui fis observer

que le pivot était entre les grandes lèvres et par conséquent la tête largement et fortement saisie par les cuillers. C'était un homme intelligent. Il se rendit compte sur-le-champ de la cause de son insuccès.

Je veux terminer enfin cette trop longue épître, en vous signalant ce que je considère comme la cause la plus probable des tractions mal dirigées avec le forceps commun.

La cause principale de la mauvaise direction des tractions par des accoucheurs, d'ailleurs instruits, m'a toujours paru résider dans *une équivoque* propagée inconsciemment par nos meilleurs auteurs.

Tous ont conseillé de tirer d'abord *en bas* et le précepte semble excellent. « *Le forceps appliqué au-dessus du détroit supérieur exige des tractions portées en bas et en arrière autant que possible.* » Qui donc y contredirait?

Sans doute le précepte est bon, à la condition d'expliquer l'*équivoque* qu'il renferme.

Tirer en bas ne veut pas dire, comme presque tous les médecins le croient, *tirer sur tout le forceps en bas*, en se pendant aux crochets.

Cela veut dire, tirer de façon que l'extrémité supérieure des cuillers descende *en bas et en arrière ;* c'est la tête qu'il faut tirer *en bas et en arrière,* manœuvre impossible à exécuter en attirant directement les crochets dans cette direction, car alors l'extrémité des cuillers qui devaient suivre la voie *bas et arrière* basculent *en bas et en avant.*

Mais si la main gauche saisit vigoureusement l'instrument tout près de la vulve et si les crochets sont portés par l'autre main d'abord *en bas* et un peu *en avant,* puis à mesure de la descente de plus en plus *en haut,* la main gauche seule tendant à abaisser les cuillers, jusqu'au moment où les deux mains peuvent se reporter près des manches et tirer alors en relevant peu à peu l'instrument en dehors, sans aller jamais *jusqu'à le coucher sur le ventre de la femme.*

Si cette manœuvre est exécutée ainsi, on se rapproche tellement de l'axe vrai, que sa réalisation exacte n'aurait que très-peu d'avantages.

Voilà, mon cher ami, les quelques réflexions qui me sont venues à propos de votre nouveau forceps et de votre mémoire.

Mes conclusions seront donc celles-ci :

1° Vouloir construire un forceps, réalisant, pendant les tractions avec les mains, l'axe mathématique du bassin est une idée chimérique.

2° Un appareil instrumental compliqué permettrait de se rapprocher beaucoup du but.

3° Le forceps actuel, bien manié, donne, dans la pratique, une approximation suffisante pour être exempte de dangers.

4° Des accouchements, heureux quant à la femme et à l'enfant ont démontré, depuis un siècle, cette vérité, par *des milliers de faits*.

5° Le forceps qui tirerait le plus aisément, *à peu près*, dans l'axe et par les préceptes les plus simples, serait celui qui *courbé* TOUT ENTIER continuerait, des cuillers aux crochets, la portion de cercle représentée par sa courbure actuelle, en le supposant applicable.

La règle pour l'entrée et la sortie serait :

Tracer pour l'introduction et l'extraction le cercle dont l'instrument est une partie.

Mais manié avec les mains et en l'absence des conditions que je ne cesse de répéter depuis si longtemps, *centre fixe*, etc., ce serait toujours un *à peu près* rectifié par le bassin.

6° Un instrument, fût-il parfait, n'est jamais responsable des fautes commises par celui qui ne sait pas s'en servir.

Maintenant, éreintez-moi, écrasez-moi, pulvérisez-moi, surtout réfutez-moi et prouvez-moi que votre forceps à aiguille saura trouver son Sadowa.

Je ne sais résister ni au vrai, ni au juste et personne ne souffre plus volontiers, qu'on ne soit pas de mon avis.

Je vous renouvelle, mon cher ami, l'expression de tous mes sentiments pour vous.

Professeur PAJOT.

DU SPONDYLIZÈME

OU AFFAISSEMENT VERTÉBRAL, SUITE DU MAL VERTÉBRAL DE POTT, CAUSE NOUVELLE D'ALTÉRATION PELVIENNE.

Par M. Herrgott,
Professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

APPENDICE AU TRAVAIL PUBLIÉ DANS LE NUMÉRO DE FÉVRIER.

M. le Dr Chevalier de Weber-Ebenhof, professeur à l'Université de Prague, vient de publier dans le tome CXXI de la *Vierteljahrschrift für praktische Heilkunde* un mémoire consacré à la description de deux nouveaux bassins spondylolisthésiques et à l'étude de la genèse de cette lésion. Il m'a fait l'honneur de m'adresser ce mémoire par l'entremise de mon fils, lors de son séjour à l'Université de Prague.

J'aurais laissé une lacune importante dans le travail que j'ai adressé à l'Académie de médecine en mars 1876, si je n'avais joint la traduction de ce mémoire à mon travail.

Les deux cas publiés par le professeur de Prague sont d'autant plus intéressants que l'on assiste au développement de la spondylolisthésis, car l'un présente la lésion à son début, l'autre à son degré le plus avancé, et qu'ils ont fourni à l'auteur des éléments solides pour en étudier la genèse. Cette étude a été rendue plus fructueuse par un mode particulier de section des pièces à travers les apophyses articulaires pour examiner l'état des articulations intervertébrales. Nous avons été heureux de trouver une confirmation directe des idées émises dans notre travail et résumées dans nos conclusions.

Deux nouveaux bassins spondylolisthésiques, par le Dr Chevalier de Weber-Ebenhof, professeur à l'Ecole de Prague (Extrait du journal *Vierteljahrschrift für praktische Heilkunde*, t. CXXI).

Le nombre peu considérable des bassins spondylolisthésiques qui avec les bassins dits de Robert appartiennent aux déformations pelviennes les plus rares, est chose trop connue des hommes de l'art pour que je le mentionne de nouveau;

mon but aujourd'hui n'est pas de faire une monographie sur ce sujet, mais simplement de décrire deux nouveaux cas; l'un présente la déformation à son degré le plus avancé et l'autre, bien qu'au début de la maladie, a un intérêt plus grand que le premier, puisqu'il montre de la manière la plus claire comment la lésion se produit; il répond ainsi à une question qui jusqu'ici était restée sans réponse.

Le bassin de Prague, un des plus beaux exemplaires de cette lésion, publié par Kiwisch, Seifert et Kilian, est aussi connu de tout le monde par son émigration à Würtzbourg où il se trouve aujourd'hui. Possédant deux nouveaux spécimens de cette lésion, Prague peut se résigner maintenant à l'avoir perdu.

La femme à laquelle appartenait le bassin A, si considérablement déformé par le glissement vertébral, s'appelait Thérèse Barta, elle succomba l'année dernière, à l'âge de 56 ans, dans la Maison d'aliénés du district. Son autopsie fut faite à l'Institut anatomo-pathologique.

Suivant la notice qui émane de l'établissement, Th. B... aurait été parfaitement bien portante jusqu'à l'âge de 14 ans, au dire du médecin de la localité qui l'avait soignée dans sa jeunesse. Sa mère mourut à l'âge de 76 ans dans le marasme, son père vit encore, il a 80 ans. Elle a eu 11 frères et sœurs, 3 moururent en bas âge, les autres se portent très-bien. Son père la surprit à l'âge de 14 ans en conversation criminelle, et lui administra une correction. Elle devint sombre et fut atteinte de trouble intellectuel qui dura six mois. Jusqu'à 16 ans on ne remarqua rien d'anormal dans son attitude ni dans sa démarche; à cette époque elle fit, d'une hauteur de 4 mètres, une chute, à la suite de laquelle le corps se pencha de plus en plus en avant. A part une forte impulsion génésique, on ne remarqua rien qui pouvait se rapporter à son trouble intellectuel jusqu'à l'âge de 37, ans où il reparut et dura un an; à 56 ans, environ trois mois avant sa mort, elle fut envoyée à l'hôpital des Aliénés; on nota alors : taille petite, force moyenne, corps penché en avant; muscles peu développés, flasques, maigres, peau brune; circonférence de la tête, 19 c. 6 m.; hauteur,

11 c. 5 m.; front bas, regard errant, pupilles égales, facies morose, cou long, mince, veine jugulaire externe développée, thorax plat. A l'apophyse épineuse de la septième vertèbre dorsale commence une dépression profonde d'une largeur de 25 mm., qui s'étend jusqu'à la base du sacrum. Les seins sont très-développés et pendants, le bas-ventre très-déprimé dans la région ombilicale. L'examen de la malade est difficile, puisqu'elle tient le corps toujours plié, se remue et ne cesse de parler de personnes absentes, et est assise ramassée sur elle-même.

Le Dr Smoller, médecin en chef de l'établissement, donne les renseignements suivants sur son séjour dans la maison, depuis son entrée jusqu'à sa mort : Aussitôt après la distribution du pain la malade le partageait en petits morceaux qu'elle répandait dans la salle et les corridors où elle se tenait pendant la journée, puis elle s'y promenait à quatre pattes et les ramassait avec les pieds. Elle se tenait sans cesse sur un escabeau ou par terre, dans le voisinage du fourneau, ou sur le gazon du verger ; elle ne s'étendait jamais, était toujours enroulée en boule, les pieds ramassés vers le menton. Elle gardait la même attitude dans son lit pendant la nuit, on ne pouvait la faire asseoir que difficilement et rarement, et pendant peu de temps seulement; elle s'empressait de ramener les talons sur le banc et le menton sur les genoux. Le plus souvent elle se traînait par terre; jamais elle ne marchait debout, mais toujours pliée très-fortement, de façon que la poitrine inclinée formât avec le ventre un angle obtus. Elle ne fut jamais malade. Deux jours avant sa mort elle resta couchée, mais reprit le lendemain ses manœuvres habituelles, elle succomba tranquillement le jour après. A l'autopsie, on trouva une atrophie générale et un épanchement frais dans les méninges trop peu important pour expliquer la mort.

Description du bassin A.

Il est sensiblement symétrique ; cependant en l'examinant avec soin on remarque qu'il est un peu incliné à droite; la

branche droite de l'arcade pubienne est un peu plus évasée que la gauche. La lordose commence aux dernières vertèbres dorsales et atteint son maximum à la troisième vertèbre lombaire, les quatrième et cinquième vertèbres se dirigent en arrière, si bien que la surface antérieure de cette dernière, qui lorsque le bassin est dans la situation assise, devient tout à fait inférieure, parallèle avec l'horizon et se trouve vis-à-vis la surface de l'ouverture pelvienne inférieure; l'entrée du bassin et sa cavité sont surplombées par cette lordose. L'inclinaison du bassin a été modifiée en sens contraire, si bien que dans la situation assise, le bord supérieur de la symphyse pelvienne est de 25 millimètres plus élevé que la surface libre du sacrum et de 7 c. plus haut que la partie basse de la cinquième vertèbre lombaire, là où elle est réunie par synostose avec le sacrum.

Avant de faire la description des lésions caractéristiques de ce bassin, je vais en donner les dimensions.

Grand bassin.

1. Les épines iliaques sont éloignées l'une de l'autre de 21 c. 5 m.; la tige avec laquelle cette mesure a été prise touchait le cartilage entre la deuxième et la troisième vertèbre lombaire.

2. La distance entre les crêtes iliaques, qui est de 29 c., ne peut être mesurée qu'avec le compas d'épaisseur, car entre elles se trouve l'arc des vertèbres lombaires.

3. La hauteur des ailes iliaques est de 8 c. 4 m. à gauche comme à droite.

Petit bassin.

A. *Ouverture supérieure.* — 1. Une ligne droite partant du bord supérieur de la symphyse et se dirigeant horizontalement en arrière dans le bassin tenu dans la situation assise, c'est-à-dire reposant sur les deux ischions et le coccyx, touche le cartilage entre la deuxième et la troisième vertèbre lombaire, mesure 5 c. 8 m.

2. Du milieu de la symphyse pelvienne au milieu du corps de la quatrième vertèbre lombaire il y a 7 c.

3. Du même point au cartilage, entre la quatrième et la cinquième vertèbre, 8 c. 5 m.

4. Du même point à la partie la plus saillante de la cinquième vertèbre lombaire, 8 c. 5. m.

5. Du même point jusqu'au sommet de l'angle que forme la dernière vertèbre lombaire avec le sacrum, 11 c. 5 m.

6. Le diamètre transversal mesure 13 c.

7. Le diamétre oblique, 12 c. 5 m.

8. Du bord supérieur de la cavité colyloïde gauche jusqu'au-dessus du cartilage, entre la troisième et la quatrième vertèbre, 5 c. 3 m.

9. De la cavité cotyloïde droite au même point, 6 c. 1 m.

Diamètres obliques. — *a.* Du point le plus saillant du cartilage entre la deuxième et la troisième vertèbre, 9 c. — *b.* Du milieu de la troisième vertèbre, 8 c. 5 m. — *c.* Du cartilage entre la troisième et la quatrième vertèbre, 8 c. 4 m. — *d.* Du milieu de la quatrième vertèbre, 9 c. —*e.* Du cartilage entre la quatrième et la cinquième vertèbre, 10 c. — *f.* Du point de réunion de la cinquème vertèbre descendue avec le sacrum, 13 c. 2 m.

B. *Cavité pelvienne.* — 1. Du milieu de la surface interne de la symphyse pubienne au cartilage, entre la troisième et la quatrième vertèbre, 6 c. 2 m.

2. Du même point à la quatrième vertèbre, 7 c. 8 m.

3. Du même point au cartilage, entre la quatrième et la cinquième vertèbre, 8 c. 7 m.

4. Du même point de jonction de la cinquième vertèbre lombaire avec le sacrum, 12 c.

5. Diamètre transversal, 10 c. 5 m.

6. Du milieu du trou ovalaire au bord inférieur de l'échancrure sciatique du côté opposé, 12 c.

C. *Ouverture pelvienne inférieure.* — 1. Diamètre direct jusqu'au milieu du coccyx, 8 c.

2. A la jonction du sacrum avec la dernière vertèbre, 13 c.

3. Diamètre transversal, 8 c. 5 m.

Vertèbres lombaires. — La consistance de la surface corticale des trois dernières vertèbres est diminuée en avant, elle est normale latéralement, celle des autres vertèbres l'est aussi. Les apophyses épineuses des trois dernières vertèbres lombaires sont réunies entre elles et avec l'apophyse épineuse du sacrum. Les surfaces articulaires des vertèbres lombaires sont dirigées en arrière et en haut. Les apophyses transverses sont fortement pliées en arrière, se dirigent en arrière et en haut et forment une grande convexité en avant. La dernière vertèbre lombaire n'a, à proprement parler, que trois surfaces, attendu que sa surface postérieure a presque entièrement disparu.

Mensuration des vertèbres.

A. Haut. des vertèbres lomb.					Long. des apophyses transv.			
		c. m.		c. m.		c. m.		c. m.
I	En avant	2,8	latéralement	2	à droite	2,7	à gauche	2,7
II	—	2,8	—	2	—	2,9	—	3,1
III	—	2,5	—	2	—	3,4	—	3,7
IV	—	2,8	—	2,5	—	2,5	—	2,5
V	—	2,8	—	2,5	—	3,4	—	3,4

Hauteur des cartilages intervertébraux.

						c. m.
I	Entre la	12e dorsale	et la	1re	vertèbre lombaire	1,
II	—	1re lomb.	et la	2e	—	1,2
III	—	2e	—	3e	—	1,2
IV	—	3e	—	4e	—	1,4
V	—	4e	—	5e	—	1,6

Parois du petit bassin. — 1. Depuis le bord supérieur de la troisième vertèbre lombaire, auquel aboutit la conjugata nouvelle du bassin, dans la situation assise, jusque vers l'extrémité de la pointe du coccyx, hauteur verticale du bassin, il y a 11 c. — 2. Les parois latérales mesurent 8 c. 6 m. — 3. La paroi antérieure a 4 c. La paroi postérieure est formée par les

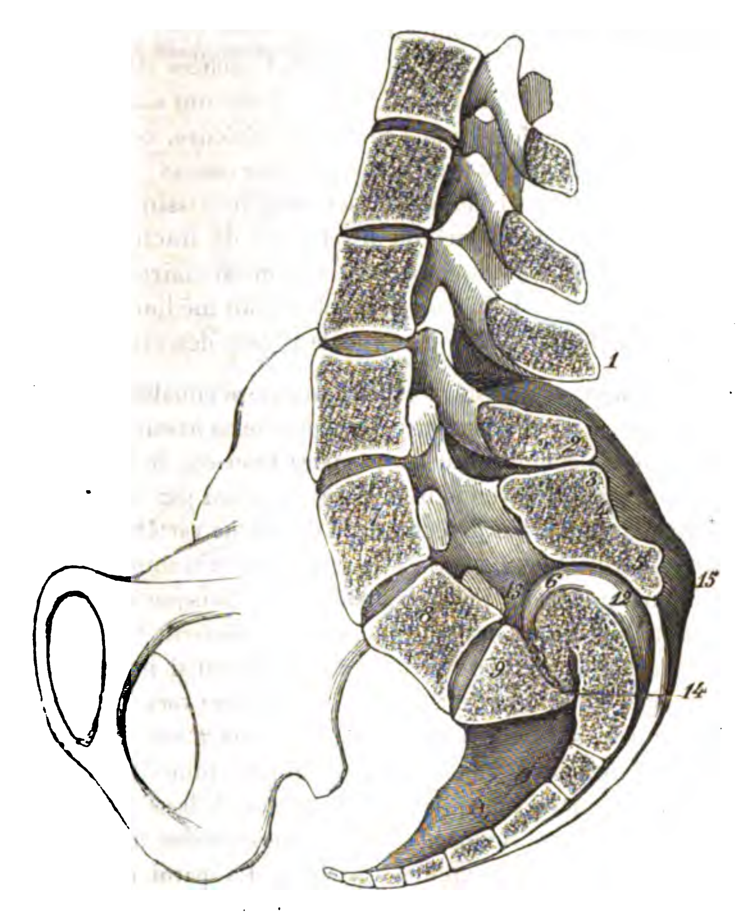


Fig. 1. — *Bassin* A.

Moitié droite; section verticale suivant le plan médian.

à 5. Apophyses épineuses des vertèbres lombaires.

7, 8, 9. Corps des dernières vertèbres lombaires.

6, 12. Canal vertébral arqué, partie osseuse de la première vertèbre sacree Le point 6 correspond en dehors à une synostose qui se prolonge en haut jusqu'au point 13, et qui immédiatement au-dessous de 14 a un pertuis lenticulaire.

13. La moitié droite de l'arc de la cinquième vertèbre lombaire poussée en bas, qui, avec une partie de l'apophyse épineuse poussée en avant, passe sur la partie supérieure de la première vertèbre sacrée, est soudée avec elle (6) dans les deux moitiés du bassin.

15. Saillie de l'apophyse épineuse du sacrum.

trois dernières vertèbres lombaires; la première vertèbre sacrée et la presque totalité de la seconde sont cachées derrière la cinquième vertèbre lombaire; le reste du sacrum ainsi que le coccyx, au lieu de former une surface postérieure, continuent là la partie inférieure du bassin, son plancher osseux; le sacrum diffère toutefois sensiblement du sacrum d'un bassin ostéomalacique en ce que nulle part on n'y trouve de fractures et de flexions osseuses. Le caractère de ce bassin est clairement mis au jour par un trait de scie vertical par le plan médian. (Voyez fig. 1 du bassin A que j'ai eu en vue dans cette description.)

Ce qui frappe avant tout, c'est la descente si considérable de la cinquième vertèbre lombaire, par laquelle ce bassin se différencie si notablement des autres; le bord inférieur de la surface antérieure (qui est devenue inférieure) est réuni par synostose au sacrum, vis-à-vis la jonction de la deuxième vertèbre de cet os avec la troisième. La surface de section de la cinquième vertèbre lombaire forme presque un triangle, puisque la surface postérieure de la vertèbre a pour ainsi dire disparu. La surface supérieure de la première vertèbre sacrée est ainsi mise à nu. Sa surface antérieure est soudée à la dernière vertèbre lombaire par cette substance qui a été entraînée de la vertèbre lombaire; elle est, ainsi que tout le sacrum, plus mince qu'à l'état normal. Le trait de scie qui a passé à travers le bassin a mis à nu une surface osseuse formée par la synostose des apophyses épineuses des trois dernières vertèbres. La paroi pelvienne postérieure est plus épaisse en raison de la descente des vertèbres lombaires, notamment là où la dernière vertèbre lombaire est placée devant le sacrum. Sur le bassin scié elle a une épaisseur de 7 c., qui n'est plus en bas que de 5 c. 5 m.

Si on examine la surface de section produite par un trait de scie vertical à travers les apophyses articulaires, on remarque très-bien que les apophyses obliques de la 4e vertèbre lombaire sont réunies avec celles de la 5e vertèbre, et on voit une masse osseuse en partie poreuse et compacte, qui s'étend jusqu'en bas, qui doit contenir tous ces éléments osseux, les débris de ces tissus fracturés et des produits inflammatoires qui ont été les

résultats de ce travail morbide. On ne remarque dans le canal rachidien ni élargissement ni trous d'hydrorachis.

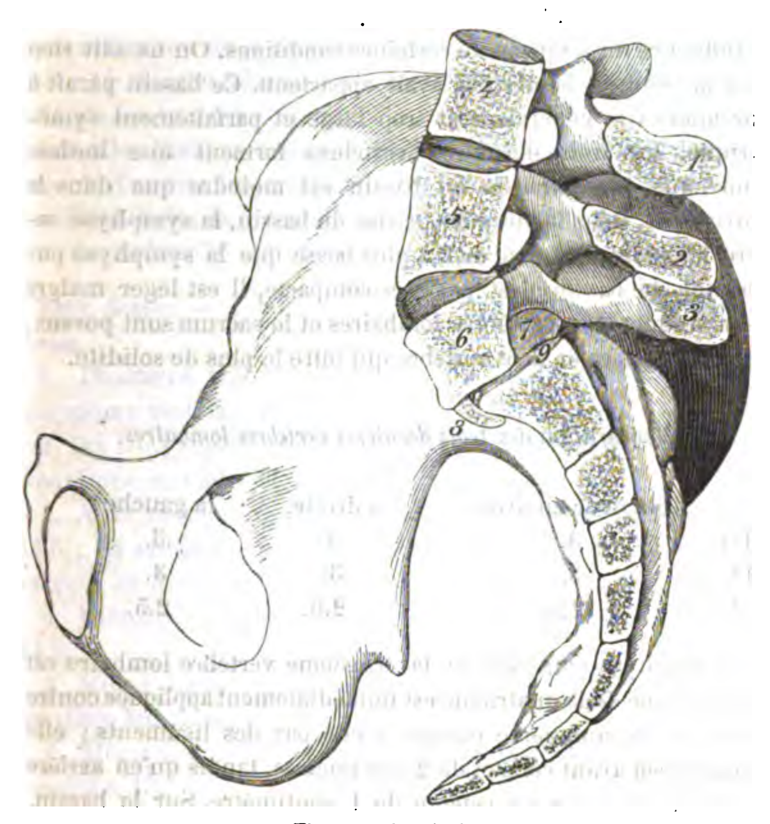


Fig. 2. — *Bassin* B.

Section verticale suivant le plan médian.

1, 2, 3. Apophyses épineuses des trois dernières vertèbres lombaires.

4, 5, 6. Corps des trois dernières vertèbres lombaires.

8. Bord antérieur de la surface supérieure de la première vertèbre sacrée poussée en avant.

9. Portion de cartilage intervertébral tirée en avant, devenue libre et recouvrant la surface supérieure de la vertèbre sacrée.

Description du bassin B.

Le *deuxième bassin*, qui, dans l'institut anatomo-pathologique d'ici est inscrit, sous le nº 2133, est un bassin spondylo-

listhésique en voie de formation; il montre clairement comment le glissement vertébral s'est produit dans le premier bassin et comment il aurait pu comme lui se modifier sous l'influence du temps et de certaines conditions. On ne sait rien sur la femme à laquelle il avait appartenu. Ce bassin paraît à première vue généralement trop large et parfaitement symétrique, les trois dernières vertèbres forment une lordose moyenne. L'inclinaison du bassin est moindre que dans le précédent. Dans la situation assise du bassin, la symphyse sacro-lombaire se trouve de 2.4 plus basse que la symphyse pubienne. Le bassin n'est pas très-compacte, il est léger malgré son volume. Les vertèbres lombaires et le sacrum sont poreux, c'est la surface de la 5e vertèbre qui offre le plus de solidité.

Mensuration des trois dernières vertèbres lombaires.

	Longueur en avant,	à droite,	à gauche.
III	3.	3.	3.
IV	3.	3.	3.
V	2.5.	2.6.	2.5.

L'apophyse épineuse de la troisième vertèbre lombaire est libre ; celle de la quatrième est immédiatement appliquée contre celle de la cinquième et unie à elle par des ligaments ; elle dépasse en avant celle-ci de 2 centimètres, tandis qu'en arrière celle-ci dépasse la précédente de 1 centimètre. Sur le bassin, dans la situation assise, on remarque sur les côtés des apophyses épineuses des quatrième et cinquième vertèbres, une surface plane inclinée en arrière et en bas, qui commence aux apophyses obliques de la quatrième vertèbre et qui est limitée en dehors par les apophyses articulaires en partie soudées ensemble; ces surfaces sont interrompues au milieu par des crêtes dirigées transversalement de dedans en dehors et un peu en bas, qui proviennent de végétations osseuses synostosées.

Le sacrum mesure à sa base transversalement 14 contimètres et il a une hauteur de 16 centimètres en y comprenant le coccyx. A la hauteur de la troisième vertèbre sacrée, commence

une direction en avant sans angle et sans fracture, vis-à-vis le troisième trou sacré, elle devient horizontale jusqu'à la pointe du coccyx, qui est dirigée en avant et qui constitue la paroi inférieure de la cavité pelvienne sur laquelle le bassin est assis; de chaque côté il y a cinq trous sacrés passablement éloignés les uns des autres.

Les ailes iliaques, hautes de 10 centimètres, sont peu écartées l'une de l'autre; les crêtes sont un peu plus dirigées en avant que d'habitude; la distance d'une épine à l'autre est de 24.3, celle des crêtes, 30 centimètres.

Petit bassin. — Entrée. Le bassin étant dans la situation assise :

1. Diamètre antéro-postérieur : du bord supérieur de la cinquième vertèbre, 11.

2. Du bord supérieur de la symphyse au bord inférieur de la cinquième vertèbre, 11.5.

3. A la réunion de la vertèbre lombaire avec le sacrum, 13.5.; la saillie que fait la cinquième vertèbre lombaire sur le sacrum au niveau du détroit supérieur est de 1.5.

4. Diamètre diagonal jusqu'à la symphise sacro-lombaire, 14.5.

5. Même diamètre pris du bord inférieur de la cinquième vertèbre lombaire, 12.8.

6. Même diamètre pris du bord supérieur de la cinquième vertèbre, 13.

7. Diamètre droit extérieur, 20.

8. Diamètre transversal, 16.4.

9. Diamètre oblique droit, 15.

10. Diamètre oblique gauche, 14.8.

11. Distance sacro-cotyloïde droite, 10; gauche, 9.9.

Cavité pelvienne. 1. Diamètre droit, 14.4.

2. Diamètre transversal, 12.5.

Détroit inférieur. 1. Diamètre droit, 10.8.

2. Transversal, 12.8.

Parois pelviennes. 1. En arrière, depuis la saillie lombaire directement jusqu'au point où le sacrum devient horizontal, 8.

2. De là jusqu'à la pointe du coccyx (ainsi la paroi inférieure), 7.

3. Parois latérales, 10.

4. Symphyse, 4.5.

Si on veut se représenter le bassin spondylolisthésique A à sa période initiale, on n'a qu'à mettre la coupe du premier à côté de la coupe du second, et porter son attention spécialement sur la forme, si intéressante dans celui-ci, de la cinquième vertèbre lombaire; sa surface postérieure se dirige obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, si bien qu'elle paraît poussée en avant et être plus étroite en arrière qu'en avant. La surface supérieure de la première vertèbre sacrée est dénudée dans une étendue de 18 millimètres qui ne touche pas la cinquième vertèbre lombaire; la partie correspondante du cartilage intervertébral est conservée, mais elle est très-mince; celui-ci fut tendu, mais non détruit, par le glissement intervertébral. Une partie a été entraînée en avant avec le bord antérieur de la première vertèbre sacrée.

Il ne s'est pas formé d'ankylose; entre les deux portions du cartilage intervertébral, la vertèbre paraît appliquée directement sur le sacrum; mais, à un examen minutieux, on trouve entre eux une mince couche de cartilage, si bien qu'un glissement plus considérable en avant de la cinquième vertèbre eût été encore possible; il se serait produit sûrement, si le sujet avait vécu plus longtemps, la lésion se serait complétée, car aucune soudure osseuse n'eût fixé invariablement les parties dans leur situation actuelle.

La disparition presque complète de la partie postérieure de la cinquième vertèbre lombaire qu'on observe sur la surface postérieure du bassin A, se voit ici à sa période initiale. La surface postérieure de la cinquième vertèbre, déprimée dans le bassin B, est devenue plus courte que la surface antérieure, si bien qu'on peut très-bien se représenter comment, en se raccourcissant de plus en plus, elle aurait pu arriver à disparaître comme dans le bassin A. Le bassin B sert aussi à expliquer la dépression dans le bassin A d'une portion de la première vertèbre sacrée, qui, dans certaines imaginations vives, a pu faire

croire à une vertèbre surnuméraire. Dans le bassin B on voit commencer cette dépression par un abaissement du bord antérieur de la vertèbre sacrée. Sous l'influence d'une excitation prolongée, de l'inflammation et du ramollissement de la surface du tissu osseux, le cartilage aurait fini par disparaître aussi et une soudure osseuse aurait mis fin au processus morbide comme dans le bassin A.

Voici les mesures comparatives des surfaces de section des deux dernières vertèbres lombaires dans les deux bassins :

Bassin B.

	En avant.	En arrière.	Côté droit.
IV	3.	2.5.	3. — 2.9.
V	2.4.	1.9.	2.7. — 2.6.

Bassin A.

	En avant.	En arrière.	Côté droit.
IV	3.3.	2.	2.9. — 3.
V (φ)	3.7.	1.	2.3. — 2.1.

(φ) La *surface antérieure* est devenue inférieure.

La *surface postérieure* est devenue supérieure.

La *surface supérieure* est devenue antérieure; elle mesure 3.6.

La *surface inférieure* est devenue postérieure; elle mesure 3.6.

Sur cette surface de section, la ligne qui marque la partie postérieure du corps de la vertèbre qui est longue de 1 centimètre, semble être la continuation de celle qui marque la surface inférieure; il en résulte que cette coupe forme un triangle dont un des angles est dirigé en haut.

Si nous comparons la section des apophyses épineuses des deux bassins, nous trouvons, dans le bassin B, les apophyses des quatrième et cinquième vertèbres exactement appliquées l'une sur l'autre, si bien qu'à première vue elles paraissent soudées, ce qui n'est pas. Dans le bassin A, les apophyses épi-

neuses des trois dernières vertèbres lombaires sont réunies en une masse unique dans laquelle on ne peut plus reconnaître leurs éléments. Une partie de l'arc de la dernière vertèbre et le bord inférieur de la masse osseuse que nous venons de décrire, qui correspond à l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre lombaire, forment un arc de cercle qui couvre complètement la surface supérieure du sacrum mise à nu par suite du glissement de la cinquième vertèbre lombaire; au milieu il est soudé avec elle. La partie osseuse, semblable à un disque plat qui se trouve entre la cinquième vertèbre et la surface antérieure de la première vertèbre sacrée, qui appartient incontestablement à la substance même du sacrum, a été dans le principe une partie osseuse de la vertèbre sacrée qui a été entraînée à l'état ramolli avec la cinquième vertèbre lombaire. Par cette soudure osseuse a été empêché tout entraînement de nouvelle substance; mais, avant que la soudure osseuse fût opérée, la vertèbre lombaire a entraîné avec elle, dans son mouvement de descente, la substance osseuse ramollie, jusqu'au moment où son bord inférieur fut soudé à la partie inférieure de la deuxième vertèbre sacrée. Le glissement vertébral a dû produire nécessairement une dépression à la région externe du sacrum; quand on examine le bassin par sa sa face postérieure, il a la forme d'une selle qui est divisée en deux au milieu par la saillie des apophyses épineuses des vertèbres lombaires. Plus le glissement est considérable, plus la selle devient horizontale; elle est ainsi dans le bassin A; elle semble être posée sur lui. Tandis que sur le bassin normal la lordose modérée des dernières vertèbres lombaires, naturelle à cette région, a pour effet de produire une légère convexité en avant; elle détermine sur le bassin spondylolithésique un angle, qui, bien qu'il ne se forme que lentement, peut être appelé angle de flexion, Dans nos deux bassins, le sommet de cet angle se trouve au-dessous de l'apophyse articulaire de la quatrième vertèbre lombaire. Dans le bassin A, il est droit, dans le bassin B, il est obtus. Cette surface plane s'étend dans les deux bassins en arrière jusqu'aux apophyses postérieures du sacrum qui, dans ces bassins, sont très-saillantes; mais, dans ces deux bassins,

il y a une différence sensible dans la manière suivant laquelle cette surface plane s'étend latéralement. Dans le bassin A, cette surface s'étend jusqu'à la symphyse sacro-iliaque; sur le bassin B, elle est nettement limitée par les saillies articulaires et les végétations périostées. Dans le bassin A, la selle est formée par des surfaces planes qui sont de chaque côté des apophyses épineuses et qui sont si larges qu'on peut les couvrir avec trois travers de doigt, attendu que les apophyses articulaires et les végétations ne proéminent que peu. La selle mesure de chaque côté :

Sur le bassin A une longueur de 4. 5, une largeur de 4.8.
— B — 4.4. — 2.».

Si on compare entre elles les surfaces qui, dans les deux bassins, sont produites par un trait de scie vertical à travers les apophyses articulaires, et si on les compare aussi avec celle qui est produite par une même section sur un bassin normal, on voit comment les premières ont subi la déformation. Quel que soit le degré de glissement vertébral, elles produisent la même impression; ce sont les mêmes figures, différant seulement entre elles suivant le degré de glissement, de l'inflammation et du ramollissement des os. Sur le bassin B, on voit parfaitement l'apophyse articulaire inférieure de la cinquième vertèbre lombaire, luxée (en avant) sur l'apophyse articulaire correspondante du sacrum; de la première se détache une végétation périostale, qui s'étend en forme de bec en arrière de cette dernière vertèbre jusqu'à l'apophyse saillante du sacrum, et laisse entre elle et le sacrum un sillon qui est plus visible dans le lieu où la section a été faite puisqu'il se dirige en dehors. Ce sillon se retrouve aussi dans le bassin A, mais il y est plus étroit et en partie comblé par une masse osseuse périostée. Bien que la masse osseuse se trouve transformée complètement sur le bassin A, on peut toutefois distinguer encore, dans la substance poreuse, ce bec, qui part de la partie inférieure de l'apophyse articulaire de la cinquième vertèbre, et le reconnaître à sa nuance plus claire et à sa consistance plus ferme, qui forment contraste comme dans le bassin B, et le suivre en

arrière dans la section jusqu'à l'apophyse sacrée, où il paraît bien marqué.

Ce bec qui est le produit de la végétation périostale existe aussi dans d'autres bassins de cette espèce et particulièrement dans le bassin de Prague qui se trouve à Würtzbourg, et peut avoir donné lieu à la théorie de la vertèbre surnuméraire. Dans notre bassin B on remarque aussi que le canal vertébral est notablement élargi à la symphyse sacro-vertébrale, mais on voit que cet élargissement est dû au glissement d'arrière en avant du corps de la cinquième vertèbre lombaire.

Le mode de glissement vertébral se voit très-clairement dans le bassin A. Si on examine la surface de section verticale d'une des moitiés, on trouve encore un point où l'apophyse oblique supérieure de la cinquième vertèbre lombaire est attachée à l'apophyse oblique inférieure de la quatrième vertèbre, mais là nous voyons aussi une surface osseuse longue et large qui se dirige en arrière, qui n'est interrompue qu'en partie par le trou intervertébral qui existait autrefois. Toute cette partie osseuse dans laquelle se trouvent les restes de l'apophyse oblique inférieure de la cinquième vertèbre et ceux de l'apophyse oblique supérieure du sacrum a été formée avec les débris de l'appareil articulaire, attendu que la tension extraordinaire et la déchirure simultanée des ligaments ont dû avoir été accompagnées de morcellement ou de fracture, d'inflammation, de ramollissement puis de reconsolidation des éléments articulaires qui ont eu pour effet cette déformation. Dans le cours de ce processus morbide si long, il n'a pu d'aprés les lois de la physique se produire autre chose qu'un glissement vertébral, une lordose correspondante des vertébres lombaires, cette forme spéciale du sacrum et le rétrécissement nécessairement consécutif du bassin. Les anamnestiques justifient parfaitement ce que l'examen objectif a démontré.

Cette personne avait eu jusqu'à 16 ans un squelette parfaitement conformé, jusque-là, on n'avait rien remarqué ni dans sa marche, ni dans son port. C'est du jour de sa chute d'une hauteur de 4 mètres que datent la douleur vive dans les lombes, son attitude penchée en avant, sa marche altérée jusqu'au mo-

ment où nous la trouvons pelotonnée sur elle-même, se jetant à droite et à gauche pour se livrer à son excercice favori, consistant à émietter son pain et marchant enfin comme les quadrupèdes.

Si dans ce bassin il n'était survenu qu'une luxation et si les apophyses articulaires s'étaient fixées ainsi et s'étaient à la suite de l'inflammation traumatique soudées au sacrum par un col osseux, le glissement vertébral aurait été arrêté. Les fractures ou les brisures des apophyses qui ont accompagné, et en tout cas compliqué cette luxation, ont occasionné dans leur voisinage un travail inflammatoire intense et de longue durée, et produit dans la région un ramollissement des tissus, sous l'influence duquel le glissement vertébral a pu se produire avec cette intensité. Il n'y a pas ici le moindre indice d'une vertèbre supplémentaire, et à cette occasion je ne puis pas ne pas me représenter à l'esprit les végétations osseuses qui dans un bassin ou un autre ont pu simuler une vertèbre surnuméraire.

Il n'y a pas de traces d'un hydrorachis, cette personne n'avait jamais éprouvé la moindre souffrance qui ait pu le faire supposer.

Le canal lombo-sacré n'offre nulle part la moindre lacune qui ait pu donner lieu à une pareille pensée, il n'y a point de vestiges d'écartement des arcs vertébraux.

Je n'ai aucune connaissance d'hydrorachis avec des arcs vertébraux complètement clos.

Dans les cas rares où l'hydrorachis fut limité à la région sacro-lombaire, les arcs vertébraux correspondants ont toujours été trouvés béants. En examinant avec soin les pièces qui se trouvent dans les collections de Prague, je n'ai trouvé que des cas où l'hydrorachis occupait au moins quelques vertèbres, les plus fréquents se trouvaient dans la région lombo-sacrée et toujours les arcs étaient écartés et rudimentaires. Si on trouve si rarement le glissement vertébral, on ne doit pas oublier combien sont rares les fractures et les luxations des vertèbres en général. Sur 22.616 fractures qui ont été observées depuis 2 ans dans *London Hospital* il n'y avait que 75 fractures des vertèbres (Gurlt). Outre ces cas, cet auteur en a rassemblé d'au-

tres et il a trouvé dans 270 cas 444 vertèbres fracturées; 5 ou 6 dans la région cervicale; la dernière vertèbre dorsale et la première vertèbre lombaire fournissent le plus gros contingent. On ne connaît aucun cas de fracture de la dernière vertèbre lombaire.

Dans le plus grand nombre des cas, plusieurs vertèbres avaient été fracturées à la fois. La personne la plus âgée avait 83 ans, la plus jeune 16; celle dernière avait donc exactement l'âge de celle à laquelle avait appartenu notre bassin, quand l'accident lui arriva, et celui de deux autres personnes qui avaient aussi commencé à être malades. Les fractures des apophyses obliques et transverses seules sont les lésions les plus rares. Dans les régions cervicale et lombaire on trouve les apophyses transverses plus souvent atteintes que dans la région dorsale; les apophyses obliques le sont le plus souvent dans la région cervicale, le plus rarement dans la région lombaire. Les déchirures des ligaments articulaires, des disques intervertébraux et des autres ligaments, les luxations, les diastases des vertèbres avec arrachement des parties osseuses correspondantes qui donnent lieu à de notables dislocations, et qui accompagnent ces violences sont les plus fréquentes dans les vertèbres cervicales et lombaires. Les luxations sans fractures sont très-rares; il y a plus souvent fractures de quelques apophyses seulement. Les fractures des apophyses obliques isolées n'arrivent que très-rarement, elles sont ordinairement accompagnées de déchirures des ligaments capsulaires. L'ossification des ligaments, des disques intervertébraux, les ankyoses suite de spondylolisthésis exigent pour se produire une disposition spéciale. Comme cause extérieure on voit souvent une chute d'une certaine hauteur. A la suite des fractures de la troisième vertèbre lombaire et de celles au-dessous il ne survient ordinairement pas de paralysie puisque le canal vertébral ne renferme plus que la queue de cheval et le revêtement méningé, et puisque les racines nerveuses ne sont que juxtaposées, et évitent les violences (Gurlt). Dans notre cas on n'a pas observé de paralysie.

Si j'accorde ici quelque attention aux fractures, c'est parce

que les soudures osseuses de notre bassin A présentent des luxations qui ont été le résultat de brisures. Il n'en résulte pas qu'elles soient nécessaires pour produire le glissement vertébral, qui n'arrive que parce que les surfaces aticulaires se disloquent par suite de la déchirure ou de la tension des ligaments : la force capable de les produire devant être considérable, il est évident que de semblables déplacements doivent généralement être accompagnés de fractures.

Notre bassin B est d'autant plus intéressant qu'il montre le début du glissement vertébral accompagné de luxation nettement dessinée sans fracture. Quand bien même nous n'avons sur les antécédents du sujet auquel il avait appartenu aucun détail, il éclaircit la genèse de la lésion. On voit distinctement dans la coupe faite à travers les apophyses articulaires celle de la cinquième vertèbre lombaire inclinée et luxée en avant et la longue fente convexe en haut en forme d'arc, en laquelle fut transformée l'ouverture intervertébrale et, ainsi qu'on l'a fait remarquer plus haut, la végétation périostale prolongée en forme de bec qui, sans brisure de l'os, part de la surface articulaire intérieure.

Ainsi est éclairée la cause de la formation du glissement vertébral par cette intéressante préparation, d'après laquelle on peut soutenir que :

« *La spondylolisthésis a pour cause la luxation de la dernière vertèbre lombaire qui peut aussi être accompagnée de brisures ou de fractures.* »

Nous ajoutons : que cette lésion ne peut se produire que par une modification pathologique qui atteint dans les arcs vertébraux les éléments articulaires, les articulations intervertébrales et les ligaments ; qu'une inflammation de cause traumatique ou constitutionnelle a pour premier effet de ramollir les tissus pour permettre ensuite les déplacements qui se produisent sous l'influence de l'action musculaire ou de la pesanteur comme dans la luxation pathologique des membres. Ce mémoire renferme donc la démonstration directe de la deuxième conclusion de mon travail sur le spondylizème, c'est

pourquoi nons avons cru devoir en faire la traduction intégrale pour y être annexé.

En janvier 1877, M. le professeur Depaul faisant à l'Académie son rapport sur notre travail, montrait à la savante compagnie un nouveau bassin spondylizématique dont il fit la description en ces termes (1):

« Je suis heureux de pouvoir faire connaître dès à présent un nouveau bassin spondylizématique que je possède depuis quelques semaines. Il a été recueilli à l'hôpital Saint-Antoine par M. Benjamin Anger, l'un des chirurgiens de cet établissement, qui a bien voulu m'en faire hommage pour mon musée. Je le mets sous les yeux de l'Académie, et je vais en donner la description.

«L'importance véritable de cette pièce pathologique n'avait pas été soupçonnée La conformation générale de la femme avait fait penser que le bassin devait être vicié, et c'est pour cela qu'il fût conservé. Voici les seuls renseignements qui m'ont été donnés par mon collègue :

« Le sujet était de moyenne taille, peut-être un peu au-des-« sous de la moyenne.

« La colonne vertébrale, courbée dans le sens antéro-posté-« rieur, présentait à la région lombaire une convexité considé-« rable. Il n'y avait point de traces d'abcès ossifluents, ni de « soudures de vertèbres, en sorte que je crois qu'il n'y avait « point eu chez cette femme de mal de Pott.

« Le bassin fut séparé de la colonne vertébrale et mis en « préparation.

« Je ne puis vous donner aucun autre renseignement, sinon « que les membres étaient bien conformés. Le sujet n'appar-« tenait pas à mon service. J'étais venu à la salle d'autopsie et « je fus frappé d'une conformation du squelette qui me parut « intéressante. Je suis désolé, mon cher maître, de n'avoir « point pris sur le moment des notes qui auraient aujourd'hui

---

(1) Bulletin de l'Académie de médecine, p. 107.

« pour vous un grand prix, mais il m'est impossible de faire « une observation rétrospective, qui serait toute de fantaisie.

« M. B. Anger m'a dit depuis que la femme n'était pas jeune et qu'elle avait au moins cinquante ans.

« J'ai fait de ce bassin une étude approfondie, et voici à quels résultats je suis arrivé. De prime abord il n'offre pas de déformations très-caractérisées. Il présente même une certaine régularité dans sa forme. Il faut l'analyser avec soin et avoir sous les yeux un bassin normal pour en comprendre toute la signi-

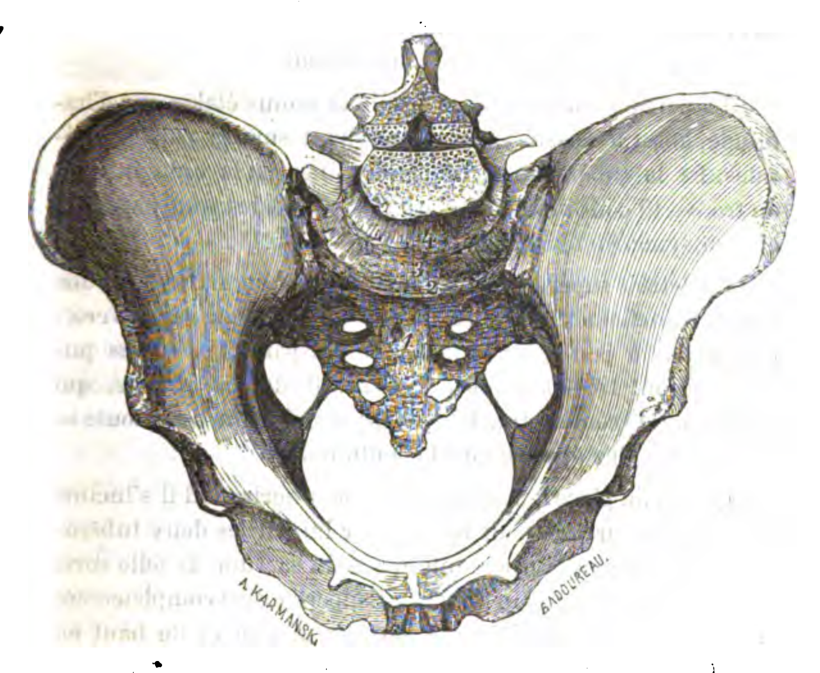


Fig. 3.

1. Face antérieure du sacrum avec les deux colonnes osseuses et l'excavation décrites.
2. Rebord de la face inférieure du corps de la dernière lombaire et vestiges de la première sacrée.
3. Corps de la cinquième lombaire.
4. Corps de la quatrième lombaire.

fication. Ce qui frappe à première vue c'est qu'il représente dans son ensemble un bassin grand plutôt que petit. Ses di-

mensions verticales paraissent exagérées, et il est un peu aplati transversalement, ses ouvertures ont une forme olivaire; les diamètres antéro-postérieurs l'emportent sur les transverses. A la main on le sent très-léger, et en effet il ne pèse que 247 grammes y compris les deux dernières vertèbres lombaires. Le poids moyen d'un bassin normal est de 500 à 600 grammes.

« Les os iliaques sont largement développés. Ils sont très-minces au niveau des fosses iliaques; mais partout ailleurs ils ont leur épaisseur ordinaire. Ils offrent des rugosités accentuées dans les points où des muscles s'inséraient.

« La portion iliaque de l'os coxal est moins étalée que d'habitude, aussi le bassin paraît-il très-haut sur les parties latérales. De la tubérosité sciatique au milieu de la crête iliaque on trouve 19 centimètres. Les cavités cotyloïdes sont normales et bien symétriquement placées.

« Le détroit supérieur est allongé d'avant en arrière et a une forme franchement ovalaire, la saillie de l'angle sacro-vertébral ayant à peu près complètement disparu. Les épines pubiennes sont très-saillantes, surtout celle du côté gauche, qui a près de 1 centimètre, la symphyse pubienne dans toute sa hauteur est plus épaisse que de coutume.

« Quand on place le bassin sur un plan horizontal il s'incline fortement en arrière pour reposer sur lui par les deux tubérosités sciatiques et la partie inférieure du sacrum, de telle sorte que la direction du plan du détroit supérieur est complètement changée, car elle est oblique d'avant en arrière et de haut en bas. C'est tout au plus si une ligne menée du bord supérieur du pubis à la partie supérieure de la quatrième vertèbre lombaire devient parallèle à l'horizon.

« En laissant de côté le sacrum, dont je donnerai une description à part, les os qui forment l'excavation pelvienne n'offrent aucune irrégularité bien importante; l'épine sciatique gauche est un peu plus saillante que la droite, de telle sorte que de la pointe du coccyx à cette dernière il y a 4 centimètres 1/2, tandis qu'il n'y a que 4 centimètres pour le côté opposé.

Les deux trous sous-pubiens sont pareils et de forme triangulaire.

« Le détroit inférieur est allongé d'avant en arrière. Les tubérosités sciatiques sont fortes et rugueuses. Le bord inférieur des branches ischio-pubiennes est notablement déjeté en dehors. Une tige droite placée sur le bord inférieur du pubis et la pointe du coccyx est sensiblement parallèle avec une autre qui va du point qui représente la première vertèbre sacrée au bord supérieur de la symphyse pubienne.

« Voyons maintenant ce que présente de particulier le sacrum. Etudié dans son ensemble, il a la forme presque normale, seulement il est notablement plus petit que dans l'état ordinaire. Les mesures que j'en donne plus bas montrent dans quelle proportion. Sa face antérieure est concave dans toute son étendue. On y compte cinq trous sacrés de chaque côté. Le second du côté gauche est plus arrondi et plus grand que le correspondant du côté droit. Le troisième du côté droit, au contraire, l'emporte de beaucoup sur l'analogue du côté gauche. Les différences que présentent les autres ne méritent pas d'être signalées. Cette face antérieure est poreuse, criblée de petits trous, rugueuse dans presque toute son étendue. Deux petites colonnes osseuses, dirigées verticalement, s'observent sur les corps sacrés entre le second et le quatrième trou sacré. Celle du côté droit un peu plus saillante (1 millimètre et 1/2 environ). Entre ces deux colonnes existe une petite excavation osseuse, profonde, mais qui ne va pas jusqu'au canal sacré. La première pièce coccygienne est absolument soudée avec la dernière sacrée.

« On ne trouve que quelques vestiges du corps de la première pièce du sacrum. Le corps de la cinquième vertèbre lombaire, dont la surface inférieure descend jusqu'au niveau et même un peu au-dessous du détroit supérieur, est absolument soudé avec la seconde pièce du sacrum et ce qui reste de la première. Il est diminué de hauteur, car il n'a que 22 millimètres sur la ligne médiane et un peu moins sur les parties latérales.

« Il est comme affaissé sur lui-même et offre une gouttière transversale un peu plus profonde à gauche qu'à droite, ce

qui fait que la vertèbre qui est au-dessus incline un peu du côté de la fosse iliaque gauche.

« Cette gouttière est limitée inférieurement par un petit rebord osseux décrivant une courbe transversale à convexité dirigée en bas, et qui paraît bien appartenir à la cinquième vertèbre lombaire. On dirait que ce rebord est le résultat de l'écrasement du tissu osseux dont il représente les bavures.

« L'apophyse transverse droite de cette vertèbre est à peu près régulière. Celle du côté gauche, au contraire, est presque rudimentaire, comme si la maladie primitive avait agi plus activement dans cette région. Ce qui le prouve encore c'est qu'en dehors de la symphyse sacro-iliaque gauche on remarque sur l'os iliaque une surface rugueuse et inégale qui part de la partie postérieure et supérieure de la fosse iliaque et qui descend verticalement dans l'étendue de 5 centimètres ; elle en a 3 transversalement. Ce sont évidemment des traces d'une ancienne inflammation ; rien de pareil n'existe à droite.

« Les ailerons du sacrum ont disparu avec le corps de la première vertèbre sacrée, et c'est ce qui explique le rapprochement des deux symphyses sacro-iliaques et par suite le raccourcissement de tous les diamètres transverses du bassin.

« La quatrième vertèbre lombaire qui a été conservée est soudée par son corps avec la cinquième. Le disque intervertébral est ossifié presque partout; on en retrouve cependant quelques vestiges sur la partie médiane. Son apophyse transverse gauche, comme pour la vertèbre qui est au-dessous, est beaucoup moins développée que du côté droit.

« En définitive, le sacrum, dont toutes les pièces sont soudées entr'elles, est soudé lui-même avec la dernière vertèbre lombaire, et celle-ci l'est avec la quatrième. Que trouvait-on dans les autres vertèbres lombaires? Je ne puis le dire, puisque la colonne vertébrale a été séparée par un trait de scie qui a entamé la partie supérieure du corps de la quatrième. Quoi qu'il en soit, les deux vertèbres conservées s'inclinent un peu en avant et semblent continuer la courbe de la face antérieure du sacrum. Elle n'est interrompue que par le petit rebord osseux

dont jai parlé à propos du bord inférieur du corps de la cinquième vertèbre lombaire.

« A l'inspection de la pièce, il paraît probable que les autres vertèbres lombaires, et sans doute aussi quelques-unes des dernières dorsales, devaient former un peu de lordose (cyphose?) sans que toutefois il en résultât de l'obstruction pour le détroit supérieur.

« Si maintenant nous examinons la face postérieure du sacrum, voici ce qui mérite d'être noté. Elle est assez régulièrement convexe et cette convexité est continuée par les arcs des deux vertèbres lombaires. De chaque côté existent cinq trous sacrés à peu près d'égale dimension. Tous les ligaments sont ossifiés. Le sacrum et les deux dernières vertèbres lombaires ne font plus qu'un seul os. Le volume des apophyses articulaires est moins considérable à gauche qu'à droite. Trois apophyses épineuses volumineuses, mais allant en décroissant de haut en bas, existent. Les deux premières appartiennent aux deux dernières vertèbres lombaires.

« En examinant les choses de près, il est facile de voir que la troisième dépend de la première pièce sacrée dont le corps a été détruit. Au-dessus apparaissent les apophyses épineuses rudimentaires des autres pièces sacrées, et tout à fait en bas la terminaison du canal sacré qui est libre dans toute son étendue.

« Voici maintenant les résultats des mensurations pratiquées sur différentes parties de ce bassin :

1° *Grand bassin.*

D'une crête iliaque à l'autre.	22 cent.
D'une épine iliaque antérieure et supérieure à l'autre.	21 1/2
D'une épine iliaque antérieure et inférieure à l'autre.	17 cent.
Hauteur de la fosse iliaque à sa partie médiane. . . .	9 1/2
De l'épine iliaque antérieure et supérieure à la symphyse sacro-iliaque correspondante.	9 3/4
Circonférence du grand bassin.	75 cent.
D'une épine iliaque postérieure et supérieure à celle du côté opposé.	7 cent.

2° *Détroit supérieur.*

Diamètre antéro-postérieur, du pubis à la base du sacrum		12 1/2
Diamètre du pubis à l'union de la cinquième vertèbre lombaire avec la quatrième		12 1/2
Diamètre du pubis à l'union de la quatrième avec la troisième		11 cent.
Diamètre transverse		10 cent.
Diamètres obliques	droit	11 cent.
	gauche	11 cent.
Circonférence du détroit supérieur		38 cent.

3° *Détroit inférieur.*

Diamètre transverse		9 1/2
D'une épine sciatique à l'autre		9 1/4
Diamètres obliques	droit	12 cent.
	gauche	12 cent
Coccy-pubien		9 1/2

4° *Pubis.*

Hauteur	4 1/2
Epaisseur	2 1/4

5° *Paroi latérale de l'excavation.*

De la tubérosité sciatique au milieu du rebord qui limite la fosse iliaque	9 1/2
Du milieu de la symphyse pubienne en dedans, au milieu de la courbure du sacrum	13 3/4

6° *Sacrum.*

De la pointe du coccyx à la base du sacrum en droite ligne	5 1/4

De la pointe du coccyx en suivant la courbe.	8 1/4
Longueur du sacrum en arrière (en suivant la convexité)	11 3/4
Diamètre transverse du sacrum à sa partie supérieure.	6 cent.»

Dans la discussion qui suivit ce rapport, M. J. Guérin a dit qu'il possédait plusieurs spécimens de cette lésion.

On doit attendre nécessairement la production de ces pièces dont il n'a été fait qu'une indication avant de les apprécier au point de vue obstétrical, qui est celui où nous nous sommes placé dans notre travail.

Ces faits nouveaux fortifient donc nos conclusions.

REVUE GÉNERALE.

DU NOUVEAU FORCEPS DE M. TARNIER

Le mémoire de M. Tarnier (1) se compose de deux parties bien distinctes. Dans la première on trouve le procès, la condamnation et l'exécution du forceps classique. Dans la seconde on assiste à la naissance du nouvel instrument, apparaissant de suite entouré d'une triple auréole.

Nos lecteurs ont pu se convaincre en lisant les pages précédentes (2) que l'ancien instrument avait trouvé dans le professeur Pajot un avocat non moins ardent qu'illustre. Mais afin que cette grande et belle lutte scientifique ne reste point stérile pour nos lecteurs, et soit suivie par eux, nous ne croyons mieux faire qu'en leur donnant un résumé ou plutôt un extrait, aussi clair que possible cependant, du travail de M. Tarnier.

---

(1) *Description de deux nouveaux forceps*. Lauwereyns, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne. Paris, 1877. *Prix : 4 francs*.

(2) Voir la lettre de M. Pajot, p. 161.

I

« Tous les accoucheurs, dit M. Tarnier, savent que dans une « application de forceps bien conduite les tractions doivent « être, autant que possible, dirigées suivant l'axe du bassin ; « mais tous avouent qu'au détroit supérieur et au-dessus de ce « détroit, il est impossible de tirer assez en arrière, parce que « l'instrument est forcément maintenu dans une mauvaise « direction par la résistance du périnée.

« J'irai plus loin et je dirai qu'au niveau du détroit inférieur et « de l'orifice vulvaire, les tractions sont toujours mal dirigées « lorsqu'on se sert du forceps ordinaire, en raison même de la « forme de l'instrument, que celui-ci soit à branches croisées ou « parallèles. Il me sera facile de démontrer ce que je viens « d'avancer. »

« La fig. 1 (1) représente une coupe du bassin et du périnée, « dessinés d'après la planche XVIII de l'*Atlas d'anatomie chirur-* « *gicale homolographique* de Legendre ; seulement toutes les par- « ties molles comprises entre le bord postérieur du sphincter « anal et le pubis ont été supprimées, et les branches du forceps « passent un peu en arrière du point qui, sur la planche de « Legendre, est occupé par l'anus. On ne pourrait donc guère, « dans une application de forceps pratiquée au détroit supérieur « et sur la femme vivante, même en déprimant fortement le « périnée, porter les branches du forceps plus en arrière que je « ne l'ai indiqué dans la fig. 1.

« La ligne SP, étendue du promontoire au pubis, qu'elle « rencontre à quelques millimètres au-dessous de l'extrémité « supérieure de la symphyse pubienne, représente le diamètre « antéro-postérieur *minimum* du détroit supérieur. C'est ce « diamètre, bien décrit par Pinard, qui le plus souvent arrête « la tête du fœtus lorsque le bassin est vicié, et j'ai supposé, « fig. 1, le forceps appliqué sur elle au-dessus du détroit supé-

(1) Les figures sont dessinées au quart de leur grandeur naturelle.

« rieur ; mais pour ne pas compliquer l'épreuve, je n'ai pas « figuré cette tête dont le centre correspondrait à peu près au « point A.



Fig. I — Forceps ordinaire appliqué au-dessus du détroit supérieur.

SP, diamètre sacro-pubien minimum. — AB, axe du détroit supérieur. — AF, direction des tractions.—ADMN, parallélogramme des forces. A, centre supposé de la tête. — P, pubis. — R, périnée. — S, promontoire. -- H, plan horizontal formé par le lit. — V, plan vertical correspondant au bord du lit.

« La ligne AB représente l'axe du détroit supérieur ou de « l'ouverture que la tête doit franchir et par conséquent la di- « rection qu'il faudrait donner aux tractions pour qu'elles

« fussent irréprochables. Au contraire, les tractions faites par « l'opérateur, lorsqu'il tire sur les manches des forceps ordi- « naires, se convertissent en une force qui est représentée par « la ligne AF, et ces tractions ne peuvent pas être portées plus « en arrière, à cause de la résistance du périnée R. En sup- « posant que les tractions soient de 20 kilogrammes, le travail « effectué pour abaisser la tête sera de 17 kilogrammes seule- « ment, tandis que le pubis supportera une pression nuisible « de 10 kilogrammes. En effet, en représentant la traction de « 20 kilogrammes par la distance AM, si je construis sur cette « ligne le parallélogramme des forces ADMN, je trouve que la « traction AM se décompose en deux forces : l'une AD qui « abaisse la tête dans la direction de l'axe du détroit supérieur ; « l'autre AN, représentant une pression nuisible qui vient se « perdre contre le pubis. Or les lignes AM, AD, AN offrent « entre elles des différences respectives de longueur qui sont « supprimées par les nombres 20, 17, 10, en chiffres ronds. On « peut s'en assurer en mesurant ces lignes, surtout sur une « figure de grandeur naturelle, ainsi que je l'ai fait. Donc en « tirant sur les manches du forceps avec une force de 20 kilo- « grammes représentée par la ligne AM, on obtient le résultat « suivant : on entraîne la tête dans la direction AD avec une « force de 17 kilogrammes, tandis qu'on fait subir au pubis « une pression (1) AN de 10 kilogrammes.

Par des figures et des raisonnements semblables à ceux ci-dessus, M. Tarnier démontre que quand on *tire* sur le forceps, la tête étant au niveau du détroit supérieur de l'excavation ou du détroit inférieur, il est impossible d'exercer des tractions suivant l'axe de l'ouverture à franchir, d'où : décomposition des forces, etc.

Et il conclut ainsi : « Avec le forceps ordinaire, celui de Le- « vret, celui qui est entre les mains de tous les médecins, que

(1) Cette pression est doublement nuisible : d'une part elle comprime le pubis; d'autre part, elle augmente la résistance que la tête opposait aux efforts d'expulsion.

« ses branches soient croisées ou parallèles, que sa conrbure « pelvienne soit plus ou moins prononcée, on ne peut jamais « faire des tractions suivant l'axe du canal pelvi-génital, quelle « que soit la hauteur à laquelle la tête fœtale est placée : détroit « supérieur, excavation, détroit inférieur, orifice vulvaire. *La « mauvaise direction des tractions est inhérente à la forme même du « forceps*, et elle est aggravée par la présence du périnée lorsque « la tête est au niveau du détroit supérieur.....

II

« Dans les accouchements naturels, la tête de l'enfant, en « parcourant les voies génitales, depuis le détroit supérieur « jusqu'à l'orifice vulvaire, change à chaque instant de direc- « tion et, grâce à cete mobilité, décrit une courbure qui se « confond avec la ligne centrale du bassin.

« La tête décrirait la même courbure si, le forceps étant ap- « pliqué, la femme accouchait spontanément, sans que l'opé- « rateur eût besoin d'exercer aucune traction, ainsi qu'on « l'observe dans certains cas où l'introduction des branches « de l'instrument réveille les contractions utérines, et les « excite suffisamment pour qu'elles puissent achever seules « l'expulsion du fœtus. Dans ces cas, l'extrémité des branches « du forceps parcourt au dehors du bassin un trajet représenté « par la ligne FMNF' En effet, dans l'hypothèse qui précède, « la tête fœtale et le forceps sont intimement unis et ne for- « ment plus, en quelque sorte, qu'un seul et même corps; « aussi tous les mouvements exécutés par la tête sont infailli- « blement transmis au forceps. Voyez fig. 2.

« En est-il de même lorsque l'opérateur exerce des tractions « en appliquant ses mains sur les manches du forceps ordi- « naire? Assurément non. Ici la force employée pour déter- « miner l'accouchement agit au bout d'un bras de levier dont « la longueur est égale à celle du forceps. Aussi, dans ces con- « ditions, la tête n'a plus la liberté de se mouvoir, elle est « obligée de suivre la direction bonne ou mauvaise qui lui est « communiquée par les cuillers de l'instrument......

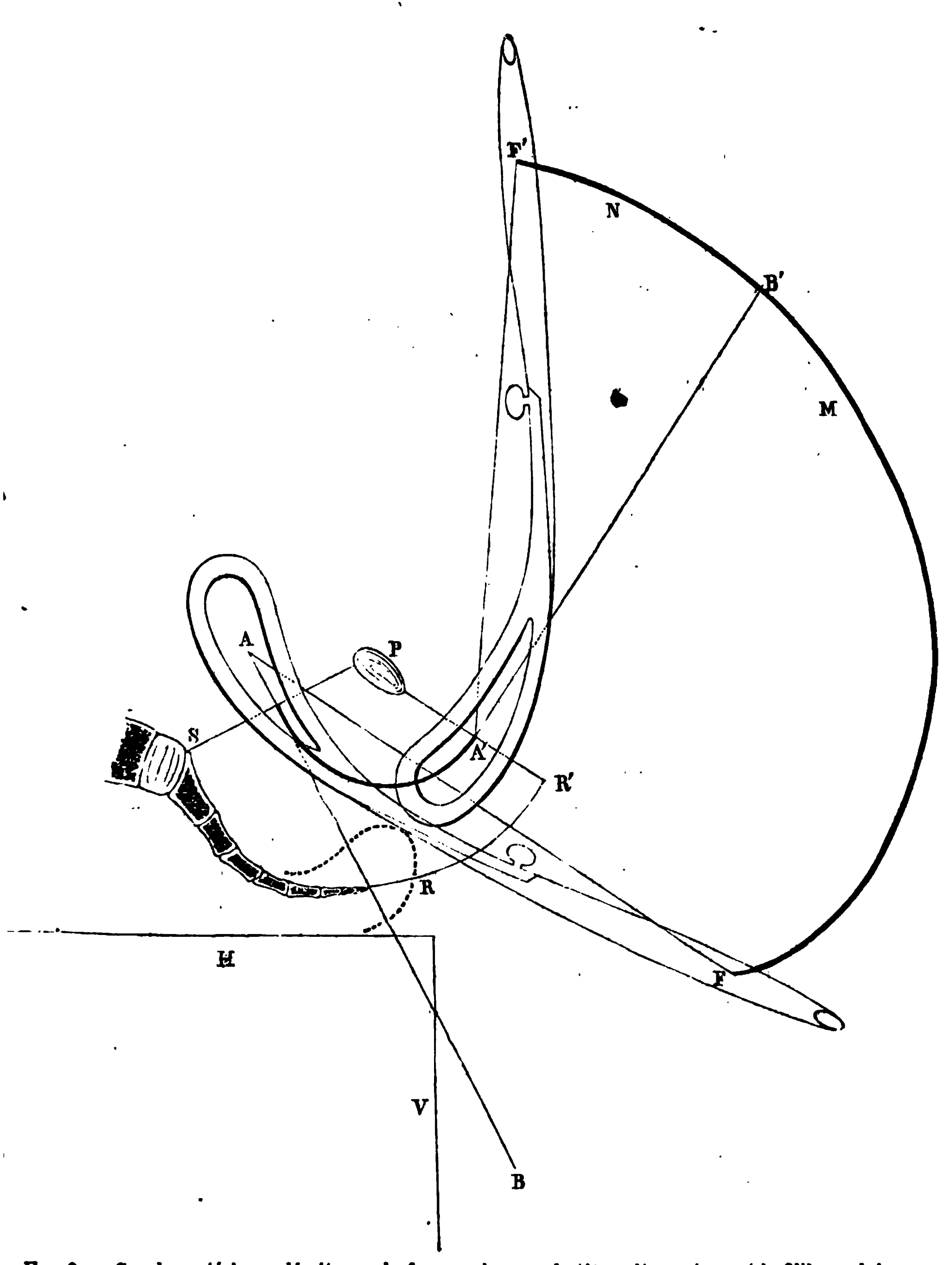


FIG. 2. — Courbe extérieure décrite par le forceps, lorsque la tête suit exactement la filière pelvienne.

SP, diamètre sacro-pubien minimum. AB, axe du détroit supérieur. — A'B', axe de l'orifice vulvaire. — AF, direction des tractions lorsque le forceps est appliqué au-dessus du détroit supérieur. — A'F', direction des tractions lorsque la tête est arrivée à l'orifice vulvaire. FMNF', courbe extérieure décrite par le point d'application de la force sur le manche du forceps. — A, centre supposé de la tête lorsque le forceps est appliqué au-dessus du détroit supérieur. — A' centre supposé de la tête arrivée à l'orifice vulvaire. — P, pubis. — R, périnée avant sa distension. — R' périnée distendu en forme de gouttière. — S, promontoire. — H, plan horizontal formé par le lit. — V, plan vertical correspondant au bord du lit.

« On objectera sans doute que la tête fœtale, en progressant « dans le bassin, communique son mouvement au forceps, et « qu'avec une main expérimentée l'accoucheur sent nettement « la direction que les manches du forceps tendent à prendre et « qu'il est ainsi averti du sens dans lequel il doit porter ses « tractions pour les mettre en rapport avec les mouvements que « la tête doit exécuter. Je ne chercherai pas à amoindrir l'im- « portance de cette objection qui repose sur une observation « clinique parfaitement vraie; mais je ferai remarquer que la « pression exercée sur la main de l'accoucheur par les manches « du forceps accuse nécessairement une autre pression subie « par le bassin, et je ne crois pas que les accoucheurs, « eussent-ils les mains très-sensibles, puissent sentir dans quel « sens se dirigent les manches du forceps, à moins que ceux-ci « ne pressent la main avec une force de 500 grammes au moins. « Or un poids de 500 grammes suspendu à l'extrémité des « manches du forceps fait subir aux tissus maternels une pres- « sion de plusieurs kilogrammes, parce qu'il agit à l'extrémité « d'un bras de levier qui est représenté par toute la longueur « des branches de l'instrument......

III

« Il serait donc très-avantageux, surtout pour les jeunes ac- « coucheurs, d'avoir un forceps muni d'une aiguille indicatrice « qui pût guider l'opérateur et lui indiquer automatiquement, « et à chaque instant, dans quel sens il doit diriger ses tractions. « Un pareil perfectionnement n'est pas impossible à réaliser, « et l'on verra comment je crois avoir réussi à doter le for- « ceps : l'aiguille indicatrice dont je viens de parler......

IV

« Les considérations qui précèdent m'autorisent à dire que le « forceps ordinaire, malgré tous ses avantages, est imparfait « et qu'on doit lui faire les trois reproches suivants :

« 1° De ne jamais permettre à l'opérateur de tirer suivant « l'axe du bassin;

« 2° De ne pas laisser à la tête fœtale une mobilité suffisante « pour qu'elle puisse suivre librement la courbure du bassin;

« 3° De ne pas être pourvu d'une aiguille qui montre à l'ac- « coucheur dans quel sens il faut diriger les tractions.

« Pour mettre le forceps à l'abri des reproches que je viens « de signaler, il faut lui donner les trois qualités que je vais « énumérer. Ces qualités sont :

« 1° De permettre à l'opérateur de pouvoir tirer toujours « suivant l'axe du bassin, quelle que soit la situation de la tête « dans la fibre pelvienne;

« 2° De laisser à la tête fœtale assez de mobilité pour qu'elle « puisse suivre librement la courbure du bassin;

« 3° De présenter une aiguille indicatrice montrant à l'ac- « coucheur la direction qu'il doit donner à ces tractions pour « qu'elles soient irréprochables.

Description du forceps réunissant les trois qualites énoncées ci-dessus.

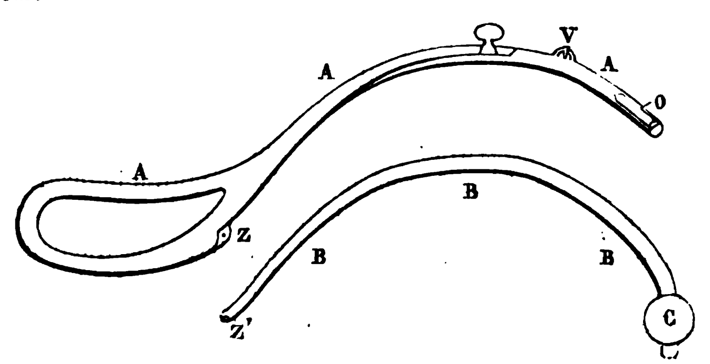


FIG. 3. — Branches de préhension et tiges de traction du nouveau forceps vues séparément.

AAA, branche de préhension. — BBB, tige de traction. — C, coupe de la poignée dans laquelle s'implanteut les tiges de traction. — O, oreille analogue à celle du forceps de Stolz, pouvant s'abaisser ou s'élever à volonté. — V, vis de pression. — Z, partie articulaire de la branche de préhension, destinée à recevoir le crochet de la tige de traction. Z' crochet de la tige de traction destiné à s'articuler avec la branche de préhension.

sus et présenté à l'Académie de Médecine, dans la séance du 23 janvier 1877.

« Ce forceps se compose de deux branches de préhen-
« sion AA, et de deux tiges de traction BB (fig. 3). Celles-ci
« s'implantent dans une poignée transversale dont la coupe
« est représentée en C. Chacune des branches de préhension AA
« et des tiges de traction BB présente une partie articulaire ZZ.

« La fig. 4 représente le même forceps vu des trois quarts ;
« mais les branches de préhension y ont été écartées des tiges
« de traction pour mieux faire voir la disposition respective de
« ces tiges et de ces branches.

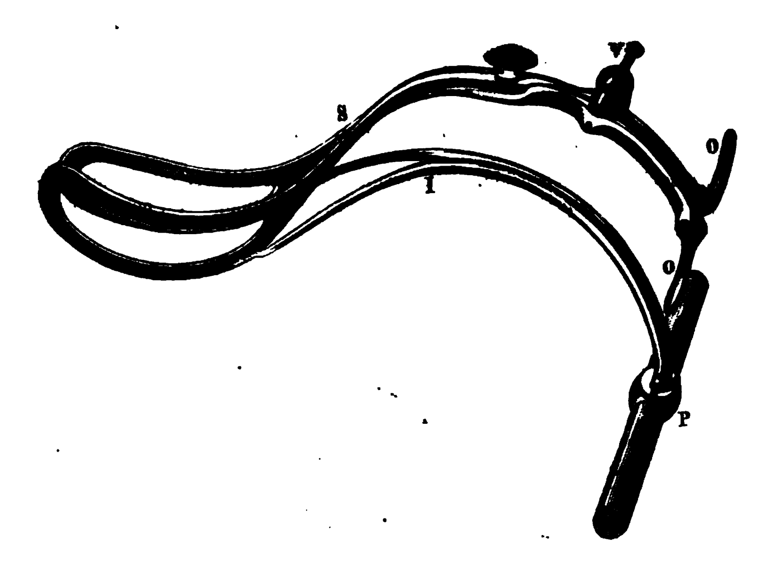


Fig. 4. — Forceps vu de trois quarts. Les branches de préhension sont à dessein écartées des tiges de traction pour mieux faire voir la disposition de l'instrument.

I, tiges de traction. — S, branches de préhension. — OO, oreilles abaissées. — P, poignée. — V, vis de pression.

« Quand on veut appliquer ce forceps, on commence par
« accoupler chacune des branches de préhension avec la tige
« correspondante de traction ; ce qui se fait avec une très-

« grande facilité. *On procède ensuite à l'introduction des branches*
« *de l'instrument d'après les règles ordinaires du manuel opératoire.*

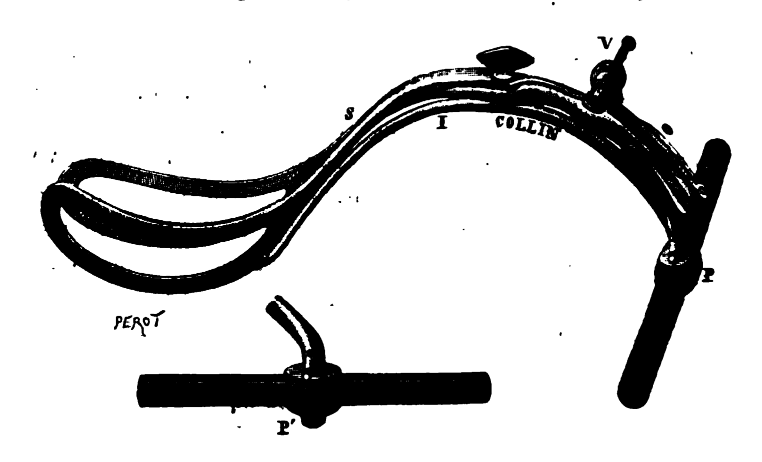


Fig. 5. — Forceps.

S, branches de préhension. — O, oreilles pouvant s'élever ou s'abaisser. — P, poignée dans laquelle s'implantent les tiges de traction. — P', même poignée vue à part.

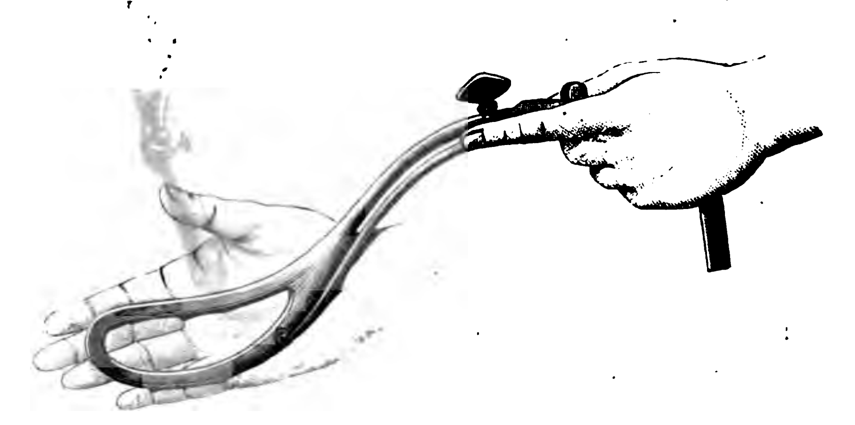


Fig. 6. — Introduction de l'une des branches de préhension accolées à sa tige de traction.

« Une fois l'instrument introduit, on croise les branches et
« les tiges correspondantes; mais, avant d'articuler les branches

« de préhension entre elles, on saisit avec la main gauche la « tige droite de traction et on la fait jouer de gauche à droite « par-dessus le pivot, puis on l'abandonne à elle-même. L'arti- « culation est alors faite d'après les règles ordinaires. Lorsque

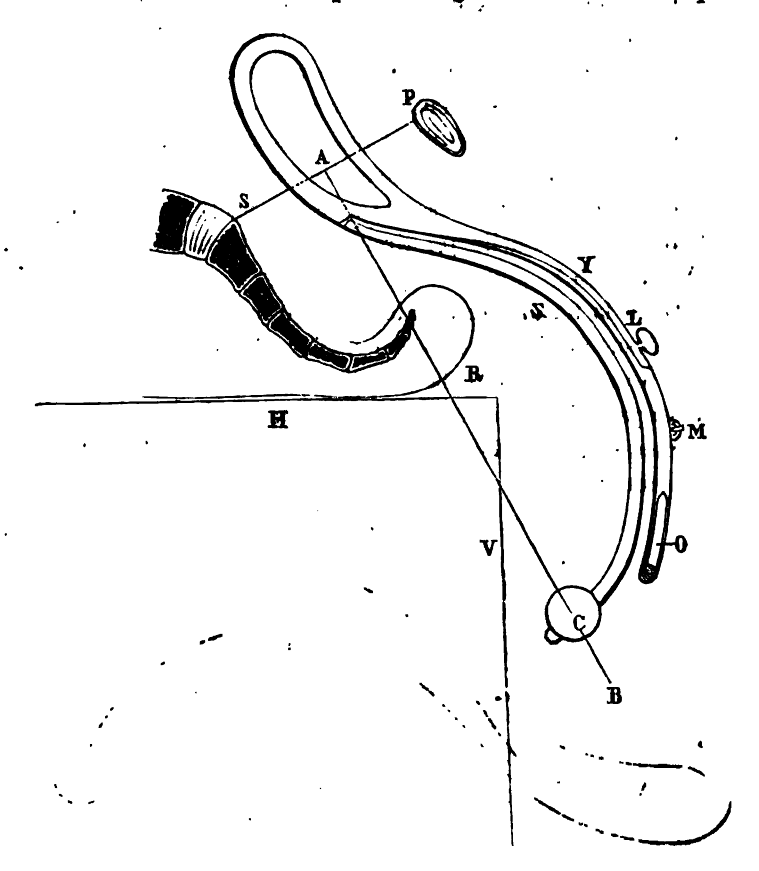


Fig. 7. — Nouveau forceps appliqué au-dessus du détroit supérieur, vu de profil.

SP, Diamètre sacro-pubien minimum. — AB, axe du détroit supérieur. Cette ligne représente en même temps la direction des tractions. — A, centre supposé de la tête. — C, coupe de la poignée dans laquelle s'implantent les tiges de traction. — H, plan horizontal formé par le lit. — L, pivot de l'articulation des branches de préhension. — M, vis de pression. — O, oreille analogue à celle du forceps de Stoltz, pouvant s'élever ou s'abaisser à volonté. — P, pubis. — R, périnée. — S, promontoire. — V, plan vertical correspondant au bord du lit. — Y, branche de préhension. — Z, tige de traction.

« l'instrument est articulé, les branches de préhension se « trouvent croisées, tandis que les tiges de traction sont pa- « rallèles.

« Pour donner aux cuillers une prise solide sur la tête, il « faut à ce moment rapprocher avec les mains les extrémités « des branches de préhension et exercer sur elles une pression « modérée. Une vis allant d'une branche de préhension à « l'autre maintient les cuillers serrées sur la tête. Dès lors il ne « reste plus qu'à engager l'extrémité des deux tiges de traction « dans la poignée P, qui sera saisie par les mains de l'opéra- « teur et sur laquelle on tirera au moment de l'extraction. « (Voy. fig. 5.)

« Dans la fig. 7, on voit le profil du même forceps appliqué « au-dessus du détroit supérieur. L'axe AB de ce détroit coïn- « cide exactement avec la direction des tractions représentée « aussi par AB, et l'intervalle qui existe entre les branches de « préhension Y et les tiges de traction Z est de 1 centimètre « environ.

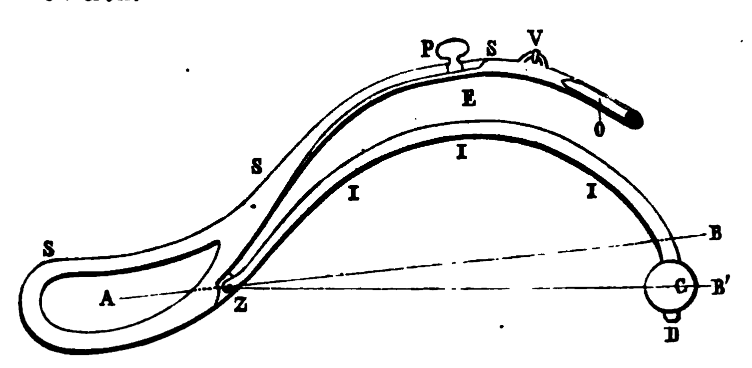


FIG. 8. — Nouveau forceps, avec écartement des branches de préhension et des tiges de traction.

SSS, branches de préhension. — III, tiges de traction. — AB, axe de l'instrument lorsque les tractions sont bien dirigées. — ZB', direction des tractions mal dirigées. — A, centre des cuillers. — C, coupe de la poignée dans laquelle s'implantent les tiges de traction. — D, extrémité des tiges de traction débordant en bas la poignée. — O, oreille analogue à celle du forceps de Stoltz, pouvant s'abaisser ou s'élever à volonté. — P, pivot de l'articulation des branches de préhension. — V, vis de pression allant d'une branche de préhension à l'autre, — Z, articulation de la tige de traction avec la branche de préhension.

« Dans la fig. 9, le forceps est supposé appliqué sur la tête « fœtale; les bords de l'ouverture à franchir sont indiqués par « les lettres OO. Il faudrait tirer suivant la ligne AB, qui in- « dique l'axe de l'ouverture que la tête doit traverser; mais « les tractions sont faites dans une direction défectueuse ZF, « et le grand écartement qui existe entre les branches de « préhension SS et les tiges de traction II, indique à l'opérateur « qu'il tire mal.

« Que faut-il faire pour rendre aux tractions une direction « irréprochable? Relever la poignée C jusqu'à ce que la ligne « de traction coïncide avec l'axe AB et que les tiges de traction « aient pris la situation indiquée dans la fig. 9 par les lignes « ponctuées.

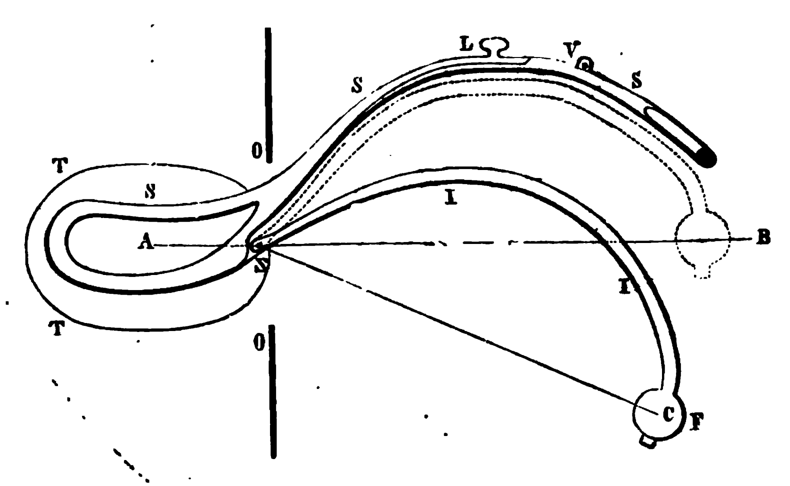


FIG. 9. — Profil du même forceps (figure schématique).

SSS, branches de préhension. — II, tiges de traction. — TT, tête fœtale. — OO, bords de l'ouverture que la tête doit franchir. — AB, axe de l'ouverture que la tête doit franchir. — ZF, ligne des tractions mal dirigées. — A, centre supposé de la tête. — C, coupe de la poignée dans laquelle s'implantent les tiges de traction. — L, pivot de l'articulation des branches de préhension. — V, vis de pression.

« Les tiges de traction, unies aux branches de préhension par « une articulation mobile dans tous les sens et peu éloignée du « centre des cuillers, laissent à la tête la liberté de suivre la

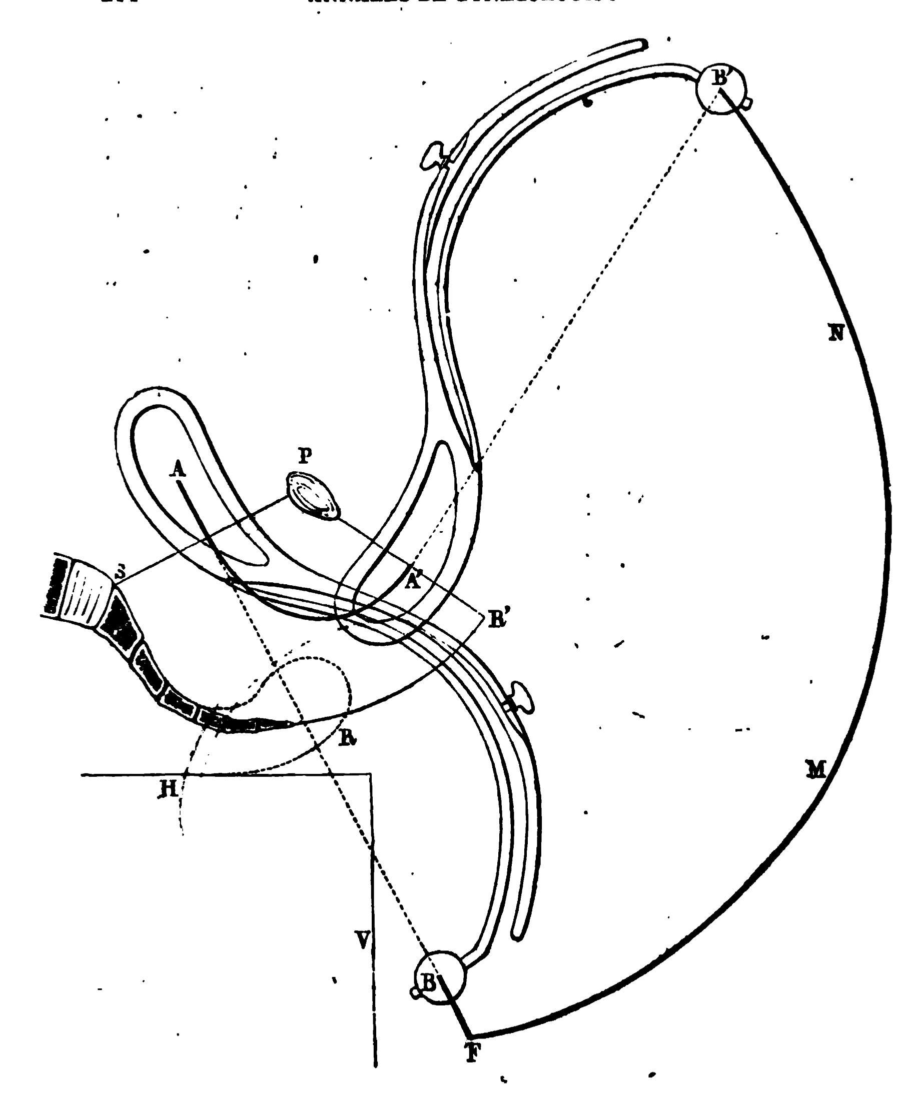


Fig. 10. — Trajet décrit par la poignée du nouveau forceps.

SP, diamètre sacro-pubien minimum. — AB, axe du détroit supérieur. — A'B', axe de l'orifice vulvaire. — BFMNB', trajet décrit par la poignée qui réunit les tiges de traction. — AA', trajet suivi par le centre de la tête fœtale. — A, centre supposé de la tête lorsque le forceps est appliqué au-dessus du détroit supérieur. — A', centre supposé de la tête arrivée à l'orifice vulvaire. — P, pubis. — R, périnée avant sa distension. — R', périnée distendu en forme de gouttière. — S, promontoire. — H, plan horizontal formé par le lit. — V, plan vertical correspondant au bord du lit.

« courbure du bassin; aussi cette tête change à chaque instant « de direction et communique son mouvement aux branches « de préhension SS, qui, à chaque instant, s'éloignent des « branches de traction II. Ces branches de préhension jouent « donc ici (voy. fig. 9) le rôle d'une véritable aiguille indica- « trice, puisque l'opérateur, pour bien diriger ces tractions, n'a « qu'à suivre les oscillations des branches de préhension et « maintenir entre ces branches et les tiges de traction un inter- « valle de 1 centimètre environ. Quand on tire trop bas, cet « intervalle augmente; quand on tire trop haut, les branches « de préhension et les tiges de traction se touchent, ce qu'il faut « éviter.

« Avec des tractions bien dirigées, le point B décrira le trajet « indiqué dans la fig. 10 par les lettres BFMNB'. »

En résumé, les deux premiers temps du manuel opératoire s'exécutent d'après les règles d'application de l'ancien forceps. Quant au troisième temps, placer l'extrémité des tiges de traction dans la ligne coïncidant avec l'axe prolongé du segment du canal pelvien occupé par la tête, commencer les tractions et suivre en tirant la courbe indiquée par les branches de préhension (aiguille indicatrice), et résultant de la direction imprimée à la tête par le canal pelvi-génital. En somme, véritable instrument de traction et non plus levier comme l'ancien, tel est le nouveau forceps.

REVUE DE LA PRESSE

RAPPORT SUR LES PROGRÈS DE LA GYNÉCOLOGIE EN 1875

Par Paul Mundé

(*Résumé par le* Dr A. Cordes (*de Genève*).

(Suite.) (1)

Graily Hewitt, à propos des convulsions périodiques, dues a une antéflexion aigue de l'utérus, dit qu'il faut en chercher la cause dans la compression des filets nerveux délicats, situés au point fléchi, surtout du côté de la concavité. Ce point est excessivement douloureux pendant le cathétérisme. La périodicité menstruelle des accès s'explique aisement par la congestion qui augmente au moment des règles, et qui cause l'augmentation de la compression. Quand la flexion eut cédé à un pessaire en berceau de Hewit, les convulsions cessèrent.

G. Warring Curran (*Practitioner*, déc. 1875) décrit ce qu'il nomme l'asthme utérin, asthme qui n'est pas rare chez les femmes affectées de fibroïdes situés dans l'utérus ou dans les annexes. Les accès sont plus forts pendant les règles; ils sont très-rebelles, et ne cèdent qu'à des remèdes locaux. Aussi, lorsque l'asthme précède les règles, il faut faciliter l'écoulement par des bains chauds et de petites doses d'ergot; si la perte est excessive, c'est encore l'ergot qui doit servir à la réduire. La belladone est l'agent anti-asthmatique; on la donne sous la forme d'extrait, par la bouche, en suppositoires, ou en applications extérieures sur le dos ou les lombes.

L'application de l'acide nitrique concentré dans les maladies inflammatoires de l'utérus n'a pas reçu, chez nous, les encouragements qu'elle me paraît mériter. Henry E. Woodbury (de Washington) l'a vigoureusement recommandée (*Amer. Journ. of Obstetrics*, février 1875); E. Chenery (de Boston) paraît partager ces idées, et il rapporte de nombreux succès qu'il lui attribue dans les cas d'endométrite et de ménorrhagie (*Boston med. and surg. Journal*, 9 décembre 1876). Un cas de ce genre, qui n'avait pas cédé à l'application d'au-

(1) Voir les numéros de novembre et décembre 1876, de janvier et février 1877

tres acides et à la curette, fut rapidement guéri par l'application de l'acide nitrique sur toute la surface utérine, après dilatation du col. CHADWICK, BIXBY, LYMAN et BAKER ont appuyé de la leur l'expérience de Chenery, mais nous font remarquer les dangers d'une application trop générale de l'acide nitrique dans la cavité utérine, à moins que la malade ne puisse garder le lit ensuite.

J'ai très-fréquemment employé l'acide nitrique (1), soit dans mon cabinet, soit chez les malades, dans l'endométrite et la ménorrhagie, et j'ai été extrêmement satisfait de son action. Le grand obstacle à son emploi général est la nécessité de la dilatation du col avant son application ; mais l'importance de cette difficulté est diminuée par le fait que le caustique ne doit guère être appliqué qu'une fois tous les mois. Quand le canal du col est largement ouvert, aucun agent ne guérit l'endométrite aussi parfaitement que NO^5. Les succès de Loombe Atthill devraient engager les médecins à généraliser son emploi. Il est certainement moins douloureux que le nitrate d'argent, et pas plus que l'iode ou l'acide phénique, il ne présente pas plus de danger que l'un de ces médicaments. Suivant la recommandation de Woodbury, LEBLOND et SIREDEY (2) (*Annales de Gyn.*, novembre 1875), l'ont tous les deux employé avec succès. JAMES BRAITHWAITE (*Obst. Journ.*, octobre 1876) le recommande aussi beaucoup dans les ulcérations du col et l'endocervicite, affirmant que son emploi évite la nécessité d'une application fréquente du spéculum (je ne vois pas, pour ma part, un grand inconvénient à son application fréquente).

E. J. TILT n'accepte pas sans réserve la haute opinion de Braithwaite sur l'acide nitrique dans l'endocervicite (3) ; il croit que, dans les cas relativement récents, le nitrate d'argent, la teinture d'iode, ou l'acide phénique, sont suffisants ; les cas chroniques se trouvent bien de l'application de l'acide nitrique ou du nitrate acide de mercure ; l'endocervicite hyperchronique exige la potasse ou quelque acide fort. Les caustiques plus faibles, les supports mécaniques, la division du col, etc. ne sont que des palliatifs dans ces derniers cas ; les caustiques forts, seuls, font sur eux une *impression positive*.

---

(1) L'auteur formulant NO^5, j'ai lieu de croire qu'il parle de l'acide nitrique chimiquement pur. A. C.

(2) Dans l'article des *Annales de Gynécologie* auquel l'auteur américain fait allusion, il n'est nullement mentionné que M. Siredey ait fait usage d'acide nitrique dans l'endométrite.

(3) Il faudrait dire, pour ne pas faire un mot hybride : *endotrachélite*, j'ai cru cependant devoir conserver le mot anglais, qui a déjà acquis, par sa répétition dans tous les auteurs, droit de cité dans la langue médicale. On sait que ce mot a été créé par Marion Sims. A. C.

Palasciano (de Naples) rapporte un cas heureux d'amputation du corps entier d'un utérus renversé, qui ne pouvait être réduit. L'opération ne laissa que le col.

Un cas de polype utérin, avec convulsions hystériques permanentes est rapporté par A. S. Spalding (de Winnebago, Illinois), dans les *Med. News and Library*, septembre 1875. Les convulsions avaient paru en même temps qu'une métrorrhagie constante, deux ans auparavant ; elles disparurent complètement après l'ablation de la cause de l'hémorrhagie : un polype intra-utérin de la grosseur d'un œuf de poule.

Dans la *Med.-Chir. Centralblatt* du 23 juillet 1875, S. Schrank raconte un cas d'hématocèle circa-utérine à la suite d'un avortement. Après un avortement survenu à trois mois en conséquence d'une chute, l'hémorrhagie continuant, le toucher vaginal fit reconnaître un col ouvert, et une cavité utérine vide ; le traitement consista dans des injections vaginales d'eau glacée, l'administration de l'ergot, et l'application de compresses froides sur l'abdomen. Pendant la nuit, il se produisit des pertes, par flots brusques de sang mêlé avec des morceaux de la caduque. Le lendemain, la malade était exsangue et s'évanouissait à chaque mouvement ; elle n'avait pas de perte ; le vagin et l'utérus étaient pleins de caillots. Le palper fit reconnaître une tuméfaction ferme, assez grosse, indolore à la pression, indépendante de l'utérus. Les symptômes et la soudaineté de l'apparition de la tumeur indiquaient une hématocèle. Le sang avait évidemment filé le long des trompes dans le péritoine, phénomène fort rare lorsqu'il peut librement s'échapper par le col, même quand les trompes ont un large calibre, comme c'était probablement le cas chez cette malade (1).

Sale (de Vienne) a traité avec succès plusieurs cas qui demandaient une médication intra-utérine, par l'introduction de capsules de gélatine remplies de médicaments, portées au moyen d'une pince dans la cavité utérine.

E. R. Palmer (de Louisville) (*Louisville Med. News*), recommande une méthode qui me paraît excellente dans le traitement de la gonorrhée chez les femmes. Cette affection est fort rebelle, et, quand on la croit guérie, on trouve qu'elle est encore contagieuse, ce qui tient sans doute à ce qu'elle s'est réfugiée dans quelque repli caché de la muqueuse vaginale. Palmer place sa patiente dans la position coudes-genoux, sépare les lèvres vulvaires, ce qui donne accès à l'air dans le vagin : tous les plis sont ainsi effacés. Le vagin est alors lavé par une injection d'eau fraiche, faite au moyen de la seringue de

(1) Ici l'analyse d'un article de Leblond sur les crayons d'iodoforme, que nos lecteurs ont vu dans les *Annales*, 1874, t. II, p. 81. A. C.

Davidson, puis Palmer remplit le vagin avec une solution astringente, préférablement une cuillerée à café de sulfate de zinc pour 3/4 de litre d'eau, solution qui ne fait pas de taches, que la malade garde quelques minutes. Cette application doit se faire deux fois par jour, et la guérison *complète* peut être attendue dans l'espace de deux à dix jours. Pourquoi ce traitement ne réussirait-il pas dans la leucorrhée chronique, surtout dans les cas où la malade ne peut pas visiter son médecin tous les jours pour se faire appliquer le spéculum et des tampons astringents? Toute femme, ou toute garde peut diriger ce traitement aussi bien qu'un médecin ; il me semble probable que nombre de leucorrhées pourraient ainsi être guéries, qui vont, sinon plus mal, du moins pas mieux, sous l'influence des injections ordinaires et des applications locales peu fréquentes. J'ai dernièrement usé de la position sur les genoux avec expansion aérique, dans mon service d'hôpital, pour des applications intra-utérines avec le porte-tampon de coton, et j'ai vu avec plaisir que l'influence de la gravitation paraît éviter en grande partie l'inconvénient du reflux du liquide sur la muqueuse vaginale, quand le col n'est pas dilaté.

Th. M. MADDEN rapporte un cas DE MÉTRO-PÉRITONITE VENUE A LA SUITE D'UNE INJECTION FAITE AVEC UNE SERINGUE ORDINAIRE (*Obst. Journ.*, avril 1875), qu'il a rencontrée dans sa clientèle. L'accident se produisit pendant une injection astringente, prescrite pour une leucorrhée profuse, l'utérus était légèrement prolabé, et le col béant. Le liquide, poussé à travers la canule, avait sans doute pénétré dans le col et suivi la trompe. Madden cite des cas semblables racontés par Tilt, Bennet et Bernutz, et condamne, comme dangereux, l'emploi non surveillé de la seringue vaginale. Il propose de la remplacer par un irrigateur vaginal (1) qui laisse couler doucement un filet d'eau, dont on peut à volonté régler la force, et qui est peu désagréable pour la malade. Je partage entièrement l'opinion de Madden, et depuis quelque temps, je recommande l'emploi d'une seringue-fontaine (2) ; c'est un large sac de caoutchouc que l'on pend après l'avoir rempli, et fixé à un long tube de caoutchouc, pourvu de canules ; elle permet de faire des irrigations douces et prolongées dans le vagin et sur le col, dans le cas où j'employais auparavant la seringue de Davidson, ou toute autre semblable. Il faut s'assurer que la canule n'a pas d'ouverture centrale, et, si elle en a, il faut la boucher. Plusieurs de mes malades m'ont affirmé qu'une simple

---

(1) Dans cette communication à la Société obstétricale de Dublin, Madden ne décrit pas son irrigateur, il dit simplement que c'est un syphon. A. C.

(2) Analogue sans doute à celle du Dr Sanson. (V. *Obs. Transac.*, vol. VIII, p. 219). A. C.

injection vaginale avec la seringue de Davidson, avec une solution faible de tannin, leur a donné de si fortes douleurs abdominales qu'elles avaient été obligées de garder le lit pendant plusieurs jours. Ayant observé que ces accidents se rencontrent le plus souvent chez les femmes ayant un museau de tanche largement ouvert où chez celles qui ont subi récemment la division latérale du col, ou celles dont je dilatais le canal cervical avec les dilatateurs d'Ellinger ou de Peaslee, j'ai bientôt été amené à comprendre la vraie cause de cette douleur soudaine, et à recommander à mes malades d'employer moins de force dans l'injection ou de se servir d'une seringue-fontaine.

ALEX. B. PADDOX (de Knoxville, Tenn.) (*St-Louis Med. and Surg. Journ.*, décembre 1875) passe en revue les remarques de Madden, et rapporte trois cas pris dans sa clientèle, où des injections vaginales ont été suivies par des douleurs abdominales; d'autres observations de Paddox ne rentrent pas dans cette catégorie; elles montrent le danger de l'injection *directe*, *volontaire*, d'un liquide, médicamenteux ou non, dans l'utérus; injection dont le danger est universellement reconnu.

RUFUS B. HINTON (de Philadelphie) rapporte trois cas de CONVULSIONS HYSTÉRIQUES (*Philad. Med. Times*, 31 juillet 1851), dont l'un avait été traité en vain par les bromures, la valériane, etc., et qui furent rapidement et définitivement soulagés par des inhalations de nitrite d'amyle à la dose de trois à cinq gouttes (1).

STOTZ (de Nancy) a imaginé et exécuté une *opération* fort simple *pour la cystocèle*, qui est rapportée par HEYWOOD SMITH. Ce dernier l'a faite une fois avec succès. Il enlève un lambeau circulaire de 38 millimètres à peu près de diamètre sur la muqueuse vaginale, puis il passe tout autour de la plaie un seul fil de grosse soie à environ 3 millimètres de ses bords, comme on ferait d'un fil autour d'une bourse pour la fermer, en tirant sur les deux chefs. Les deux extrémités du fil étant proches l'une de l'autre, il exerce une traction, et les réunit, ce qui lui donne une petite plaie froncée. Le point important, dans cette opération, est de placer les points assez loin du bord, et assez profondément, pour qu'ils ne coupent pas la muqueuse. Elle est plus facile et donne des résultats plus constants que celle d'Emmet ou de Sims, parce que toute la surface dénudée, — l'intérieur de la bourse, pour ainsi dire, — est en contact avec elle-même et qu'on a aussi une réunion plus solide que celle obtenue par les autres méthodes.

(1) Ici le compte-rendu d'un article de la *Revue médicale* sur le danger que court le médecin qui administre, seul, le chloroforme ou l'éther à un malade. Elle peut l'accuser de l'avoir violée. Nous avons tous lu cet article. A. C.

La malade de Smith fut renvoyée guérie; deux mois plus tard, l'utérus et la vessie avaient leur position normale.

Un cas rare, l'EXCISION DU COCCYX POUR LA COCCYGODYNIE proposée pour la première fois et exécutée par Nott, est rapporté par BURNHAM (de Lowell) (*Boston Med. and. Surg. Journ.*, 27 mai 1875). La cause de cette coccygodynie était une chute arrivée vingt-neuf ans auparavant; quatre ans après la malade commença de souffrir des douleurs névralgiques atroces dans les organes pelviens, surtout dans l'anus et le rectum. Les deux pièces inférieures de l'os étaient déplacées, pressaient sur le rectum et gênaient la marche et l'asseiement. Burnham les enleva; la malade fut complètement guérie de sa coccygodonie, ce qui amena une grande amélioration dans l'état de sa santé.

MURSICK (de Nyack) rapporte deux cas semblables dans l'*Amer. Journ. of Med. Science*, janvier 1875.

L'IRRITABILITÉ ET LE CATARRHE VÉSICAL deviennent de plus en plus guérissables; depuis que la DILATATION DE L'URÈTHRE ET DU COL DE LA VESSIE a été popularisée par les écrits de Heath, Simon, Nœggerrath et d'autres. J. PRIDGIN TEALE a, dans ces huit dernières années, traité fréquemment l'irritabilité vésicale chez la femme par la dilatation du col vésical, et a une statistique d'un tiers de guérison sur trente ou quarante cas traités par lui et par ses amis (*Lancet*, 27 novembre 1875). Il dilate entièrement l'urèthre au moyen du dilatateur de Weiss jusqu'à ce qu'il admette deux doigts; il se produit une petite déchirure, qui cause un peu de douleur pendant quelques jours; il n'en résulte pas toujours de l'incontinence d'urine, mais le ténesme est soulagé. Dans quelques cas, l'incontinence dura quelques semaines, dans un cas. plusieurs mois, dans deux cas, elle persista.

J. W. HOWE (de New-York) rapporte un cas type de cystite chez la femme, guéri par la dilatation du col vésical. Il dilata l'urèthre avec des instruments et avec les doigts, jusqu'à ce qu'il put y introduire un spéculum en verre de 19 millim. de diamètre. L'urine coula goutte à goutte de la vessie, jusqu'au cinquième jour, où le sphincter reprit sa tonicité. La cystite fut ainsi rapidement guérie; elle avait résisté à tous les traitements pendant plus de deux mois.

Une application toute nouvelle de la dilatation uréthrale a été faite par NŒGGERRATH (de New-York), dans un mémoire intitulé : TOUCHER VÉSICO-VAGINAL ET VÉSICO-RECTAL, qu'il a lu à la Société obstétricale de New-York, le 17 février 1857 (*Am. Journ. of Obst.*, mai 1875). La méthode consiste dans le toucher de l'utérus et de ses annexes au moyen du doigt introduit par l'urèthre dans la vessie, l'indicateur de l'autre main étant simultanément placé dans le rectum. On ne trouve, dans aucun ouvrage classique, une mention de ce procédé. Nœggerrath dit avoir examiné ainsi trois femmes, et avoir nettement senti toute la

surface externe de l'utérus, des trompes ou toutes les deux, en tout ou en partie, et une fois un ovaire. Les malades n'ont éprouvé aucun inconvénient de cette manipulation, sauf une incontinence passagère d'urine et de la douleur pendant quelques jours, et encore pas dans tous les cas. Il a fait la dilatation dans son cabinet, ou, quand il a cru devoir employer le chloroforme, chez la malade. La dilatation peut être faite, ou brusquement en une séance, ou graduellement en plusieurs séances. Pour la dilatation rapide, on peut se servir du dilatateur de Holt pour les rétrécissements, du dilatateur cervical de Busch ou d'Ellinger, du dilatateur en caoutchouc de Molesworth, ou de sondes d'acier graduées; pour l'opération lente, de bougies ou de tiges de laminaria graduées. Il faut, en général, préférer la dilatation rapide, le plus souvent dans le sommeil éthérique, à moins que le courage de la patiente ne rende l'anesthésie inutile, et qu'on ait assez de temps pour une dilatation graduelle. Si on désire explorer la partie supérieure de l'utérus, il est en général nécessaire d'avoir un aide qui attire l'utérus en bas, avec un double crochet dont les pointes sont tournées en dehors et qu'on place dans le col. S'il est nécesaire d'examiner aussi les annexes de l'utérus, il faut ajouter au crochet les 6 1[2 centim. supérieurs de la sonde utérine, qui sert à pousser l'organe d'un côté ou de l'autre à volonté. Voici, selon Nœggerrath, les indicatiens de sa méthode : 1° diagnostiquer des tumeurs obscures dans le tissu ou dans le voisinage de la matrice ; 2° compléter le diagnostic de l'inversion utérine; 3° reconnaître exactement l'état des organes dans le cas où on suppose une absence congénitale ou une difformité de l'utérus; 4° diagnostiquer le début de la grossesse ; 5° éviter de léser la vessie en enlevant une partie de la portion sus-vaginale du col, comme l'ont fait Huguier et Pippingsköld, dans l'hypertrophie de cette portion. Nœggerrath dit positivement que le toucher vésico-vaginal et vésico-rectal doit être restreint dans son application à certains cas pathologiques de l'utérus et ne doit être en aucune façon considéré comme un supplément à l'examen ordinaire.

Cinq mois après la lecture de Nœggerrath, Gustave Simon (de Heidelberg) a publié le résultat d'une longue série d'observations, commencée depuis quelque temps dans le but de déterminer la limite à laquelle on peut porter la dilatation de l'urèthre féminin, sans produire une déchirure dangereuse ou une incontinence permanente d'urine, et les usages divers de cette opération (*Volkmann's Klin. Vortraege*, 88, 15 juillet 1775).

Simon se sert de dilatateurs coniques en caoutchouc dur, formant une série; le plus petit a 75 millim. de diamètre, le numéro suivant a 1 millim. de diamètre de plus, et ainsi de suite, jusqu'au plus gros qui a 2 centimètres, sa circonférence a donc 6 cent. 3, à peu près celle de l'index. Les cônes sont préférables à tous les autres dilata-

teurs, comme les doigts, les pinces, simples ou à plusieurs branches, puisqu'ils donnent une dilatation rapide, avec le moins possible de risque de déchirure des tissus péri-uréthraux. La malade étant anesthésiée, car l'opération est fort douloureuse, le premier temps de l'opération consiste dans l'incision du méat, qui est la partie la plus étroite du canal; trois petites incisions, de 1/4 de centim. de profondeur, suffisent parfaitement et sont innocentes. Après l'introduction successive de la série des dilatateurs, on peut aisément introduire l'index; si l'on passe en même temps le médius dans le vagin, on peut disposer, pour les manipulations intra-vésicales, de la longueur presque entière de l'indicateur.

Voici les limites de la dilatation chez les adultes : 2 cent. en diamètre, 63 millim. en circonférence, peuvent être obtenus sans danger; dans les cas où cela est nécessaire, on peut pousser la dilatation circonférentielle jusqu'à 65 ou 70 millim., sans produire d'accident durable. Au delà, Simon affirme qu'on courrait le risque d'une incontinence permanente. Chez les filles de onze à quinze ans, le degré le plus élevé qu'on puisse atteindre sans imprudence est de 47 à 56 millimètres, c'est-à-dire un diamètre de 15 à 18 millim. De quinze à vingt ans, le maximum est de 56 à 63 millim. (diamètre 18 à 20). Dans les cas exceptionnels qui nous permettraient d'exposer nos malades à une incontinence quelque peu prolongée, nous pourrions dépasser légèrement ces limites.

L'urèthre étant assez élargi pour admettre l'index, l'exploration complète de la vessie devient possible, surtout si l'on emploie la palpation bimanuelle; plusieurs opérations en sont facilitées, et d'autres rendues possibles.

Voici les indications posées par Simon pour sa dilatation : 1° Diagnostic des maladies de la muqueuse vésicale et uréthrale par l'examen digital ou endoscopique; 2° diagnostic des calculs et des corps étrangers; 3° extraction de ces corps; 4° application de caustiques dans certaines affections vésicales; 5° traitement des fissures uréthrales; 6° diagnostic des anomalies du septum vésico-vaginal, lorsque le vagin est fermé; 7° diagnostic du siége et de l'étendue des tumeurs de la cloison vésico-vaginale; 8° ablation des tumeurs, particulièrement des papillomes sur la muqueuse de la vessie; 9° découverte et extraction de calculs rénaux situés dans la partie vésicale de l'urèthre; 10° ouverture dans l'hématomètre dans certains cas; 11° guérison d'une fistule colo-vésicale ou entéro-vésicale, par cautérisation de leur orifice vésical.

SIMON a fait une application très-nouvelle et très-curieuse de la dilatation de l'urèthre, c'est la CATHÉTÉRISATION DES URETÈRES PAR LA VESSIE, dont l'idée première est due à Tuchmann (de Londres); celui-ci a expérimenté sur des hommes, beaucoup sur lui-même. Quand on

cherche le ligament bisurétérien, et qu'on le fixe avec le doigt, on peut aisément passer une sonde mince dans l'ouverture urétérienne, située de chaque côté de ce ligament, et portée jusqu'au bassinet. Il a sondé quinze fois l'uretère chez onze femmes; deux fois, il ne réussit pas, les treize autres essais furent couronnés de succès. L'utilité pratique de cette manipulation est le diagnostic et l'enlèvement des calculs rénaux ou urétériens, les rétrécissements de l'urèthre et l'évacuation de quelques espèces d'hydronéphrose. Aucune occasion ne s'est encore présentée pour son application.

H. Bendelack Hewetson raconte le cas d'une célibataire, âgée de 36 ans, qui souffrait depuis quinze ans d'une irritabilité de la vessie horriblement pénible, venue à la suite d'une cystite aiguë, et qui fut définitivement guérie par la dilatation violente de l'urèthre et du col de la vessie ; la dilatation fut portée au point de rendre possible l'introduction des deux index dans la vessie.

Bell a présenté, à la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg, une muqueuse vésicale exfoliée (*Edinb. Med. Journ.*). Deux mois auparavant la malade avait eu enfant mort-né, un mois plus tard Bell fut consulté pour une incontinence d'urine. A l'entrée de l'urèthre, largement dilaté, se trouvait un corps qui ressemblait à une tumeur. On pouvait passer les doigts en tous sens tout autour de ce corps. Cette masse fut enfin détachée et extraite. A l'examen, on reconnut la muqueuse vésicale entière, couverte de phosphate. La malade se remit, quoiqu'elle ait un peu d'incontinence d'urine, lorsqu'elle marche beaucoup.

Christopher Heath (de Londres) (*Lancet*, 11 décembre 1873) a fait la dilatation rapide de l'urèthre chez la femme dans les fissures de l'urèthre et la cystite chronique. Dans les cas de miction douloureuse, dont la cause ne pouvait être découverte, et que les traitements ordinaires n'influençaient point, la dilatation rapide de l'urèthre au moyen du doigt, guidé quelquefois par une sonde cannelée, a amené une guérison rapide. Il se produisait invariablement dans la portion sus-pubienne de la muqueuse une déchirure qui pourrait provoquer la continuation d'une fissure à laquelle Heath attribue la dysurie, de même qu'il arrive dans la fissure anale, quoiqu'il n'ait jamais réussi à la découvrir. Cette opération n'a jamais causé une incontinence permanente. Dans la cystite, lorsque l'urine est purulente, Heath croit avoir découvert une ulcération de la muqueuse, dont toute la surface peut aisément être amenée au contact du doigt, en pressant la vessie par le vagin ; il y a porté une solution de nitrate d'argent, — jusqu'à 22 grammes par 30, — sur un tampon qu'il introduisait au moyen d'un petit spéculum en vulcanite ; la vessie supportait fort bien cette application, et l'urine redevenait acide et limpide dans les vingt-quatre heures. (*A suivre.*)

REVUE CLINIQUE

EPITHÉLIOMA DU COL DE L'UTERUS,

GUÉRI PAR L'INJECTION INTERSTITIELLE D'UNE SOLUTION DE CHLORURE DE ZINC AU CINQUIÈME,

par le Dr Ambroise GUICHARD,
Professeur suppléant d'accouchements, à l'Ecole de médecine d'Angers.

(SUITE ET FIN) (1).

4 janvier 76. La malade est examinée au spéculum ordinaire; le col s'engage avec assez de facilité dans l'ouverture supérieure de l'instrument. La surface de la lèvre postérieure est inégale, bosselée, saignant facilement dans certains points, dans d'autres, grisâtre, où il s'est produit des eschares.

Je badigeonne seulement toute la surface malade avec un pinceau trempé dans la solution caustique, et j'applique un tampon de ouate.

Le 6. Application du spéculum de Sims; on constate au toucher, sur la lèvre postérieure, une échancrure médiane, dont le fond présente de la dureté; le côté droit de l'échancrure est plus souple; le côté gauche est hérissé de bosselures fongueuses. Dans deux points correspondants à cette dernière partie, je dirige le trocart; j'éprouve la plus grande difficulté à l'y faire pénétrer, et le liquide injecté ressort aussitôt à la surface; la pointe du trocart n'a pu s'enfoncer assez profondément, malgré que le col soit parfaitement maintenu par un aide avec une érigne. De plus, en raison de la perte de substance, déterminée par les précédentes cautérisations, j'ai jugé prudent de ne pas tenter de nouvelles piqûres; l'insertion vaginale est trop voisine et le péritoine trop rapproché. Je me contente de badigeonner avec la solution et d'appliquer un tampon de ouate.

Le 10. Au spéculum ordinaire, on voit une surface inégale échancrée au milieu, saignant facilement à gauche, présentant en arrière un point grisâtre, dû à une des dernières injections.

Cautérisation avec le pinceau sur les points saignants.

Le 13. Badigeonnage avec la solution caustique.

Le 15. Cautérisation, avec le pinceau, de la surface malade. Depuis

(1) Voir le numéro de février,

quelques jours, l'échancrure de la lèvre postérieure s'est notablement rétrécie; sa surface n'est plus fongueuse, elle saigne à peine; les bords se cicatrisent; elle est chagrinée et rosée, seulement dans sa partie moyenne. Les règles, qui devaient venir le 11, n'ont pas encore paru.

Le 17. Badigeonnage avec la solution caustique. Les bords de l'échancrure continuent leur rétraction; au centre seul existe une surface indurée et granuleuse sur la muqueuse vaginale; on constate postérieurement deux petites eschares superficielles blanches, sèches; je puis en détacher une avec la pince; elle ne comprend que la partie superficielle de la muqueuse; le vagin n'est ni rouge ni enflammé.

Le 20. Badigeonnage caustique.

Le 27. Badigeonnage caustique.

3 février. En examinant la malade au spéculum ordinaire, on voit le col se présenter facilement dans son ouverture supérieure. La lèvre antérieure est rosée, de volume normal pour une multipare; l'orifice du col est transversal; ses bords sont rouges, granuleux en arrière dans l'espace de quelques millimètres. La lèvre postérieure n'existe plus à la partie médiane; l'inversion vaginale se trouve au niveau de l'orifice du col; latéralement un léger relief accuse son existence. La partie médiane présente une partie froncée d'un rouge rosé, granuleuse près de l'orifice. Il y a très-peu d'écoulement par l'orifice du col. La muqueuse vaginale est parfaitement saine. La malade n'accuse pas de douleur; l'écoulement en blanc a diminué; les règles n'ont pas paru. Le badigeonnage avec la solution caustique ne porte que sur la partie rouge voisine de l'orifice.



Fig. 2 (1).

Le 10. Au toucher, le col est facilement atteint; la lèvre antérieure est souple, lisse, sans noyau d'induration. La lèvre postérieure pré-

(1) La fig. 2, montre, après la guérison, une cicatrice foncée, déprimée; au lieu de cette végétation considérable, qui pénétrait à grand peine dans l'ou-

sente une dépression sans dureté; l'insertion vaginale est souple, sans aucun point induré. La matrice est mobile autour de son axe supérieur; son volume ne paraît pas augmenté; la pression et les mouvements ne déterminent aucune douleur.

Au spéculum, la muqueuse vaginale est rosée; la lèvre postérieure du col présente une cicatrice antéro-postérieure, déprimée en arrière, et se continuant en avant par une surface rouge, granuleuse, saignante jusqu'à l'orifice du col.

Quelques mucosités sortant du col sont enlevées avec de l'ouate, et l'on badigeonne avec la solution caustique; un bourdonnet de ouate est appliqué.

Le 17. La malade a ses règles depuis la veille 16; elle ne se plaint d'aucune douleur.

Le 20. Les règles ont duré quatre jours, durée ordinaire; leur abondance a été normale; elles n'ont pas été accompagnées de pertes de caillots, ni suivies de pertes en blanc ou en rose.

Au toucher : l'utérus est mobile sans traces d'inflammation circonvoisine. Le col, volumineux dans sa lèvre antérieure, est au contraire échancré dans sa lèvre postérieure ; à cet endroit, on sent un point plus dur; sa surface est parfaitement lisse dans tout le reste de son étendue.

Au spéculum, le col a sa coloration normale, excepté dans le point correspondant au tissu détruit, qui est rougeâtre et saigne un peu ; mais cette surface saignante n'est que de quelques millimètres carrés; nous la badigeonnons avec la solution caustique.

Le 26. La malade sort du service. Son état général s'est beaucoup amélioré; cette femme, qui avait maigri à la suite de ses pertes en blanc et en rouge, a repris l'appétit et l'embonpoint, et cet heureux résultat a marché parallèlement à l'amélioration dans l'état local.

Au toucher et au spéculum, la lèvre antérieure apparaît volumineuse, faisant relief en avant de la lèvre postérieure; elle est lisse et souple.

La lèvre postérieure est, au contraire, diminuée de volume ; à son

---

verture du spéculum, nous avons une lèvre postérieure détruite et faisant un relief peu appréciable au niveau de l'insertion vaginale ; en résumé, la lèvre postérieure du col, a été en partie détruite jusqu'à sa limite sur le vagin ; avec elle a disparu la tumeur qui s'y était développée, il ne reste plus de la lèvre postérieure et de la tumeur qu'une cicatrice médiane, et deux mamelons latéraux. Le résultat a donc été aussi favorable que possible ; de plus nous espérons avoir atteint la tumeur dans ses prolongements les plus intimes, car à nos derniers examens, 2 juillet 76 et 14 janvier 77, c'est-à-dire une année après l'opération, le col est parfaitement sain, et l'état général de la malade est excellent.

centre est une cicatrice déprimée; latéralement, sont deux petites saillies mamelonnées, lisses, non indurées; mais cette lèvre postérieure ne fait que très-peu de saillie sur la paroi vaginale.

En résumé, il n'y a plus trace de la tumeur en forme de chouxfleur, insérée sur cette partie; les accidents : hémorrhagie, leucorrhée fétide n'existent plus; la cautérisation a détruit la tumeur, et de plus une partie de la lèvre postérieure, tout en respectant l'insertion vaginale.

Le corps de l'utérus est mobile, non douloureux et non augmenté de volume; la muqueuse vaginale est saine, et la petite eschare produite s'est guérie rapidement sans laisser de cicatrice.

Du côté des ovaires, ou des ligaments larges du péritoine, nous ne trouvons rien à noter.

L'heureux résultat obtenu persistera-t-il, et la guérison sera-t-elle durable? C'est ce que l'observation ultérieure peut seule nous apprendre.

12 mars. La malade a repris, quelques jours après sa sortie, ses travaux à la manufacture de chanvre où elle était employée auparavant; son état général s'est maintenu très-bon; du côté des organes génitaux, elle n'accuse aucune douleur, ni aucune perte. Au spéculum, nous trouvons le col parfaitement sain, la cicatrice ne présente aucun point ulcéré.

9 avril. L'état général et local est toujours très-satisfaisant; rien de particulier à noter.

2 juillet. Jusqu'au 11 mai dernier, les règles avaient paru régulièrement chaque mois; le dernier mois elles ont manqué. La malade perd en blanc, ce qui est expliqué par un état anémique; elle ressent de temps à autre de la douleur dans la région ovarique gauche.

Au toucher et au spéculum, nous trouvons le col sain; la cicatrice est intacte.

Un traitement reconstituant est prescrit.

14 janvier 77. La guérison s'est maintenue complètement. La malade a engraissé et n'éprouve plus aucune douleur.

Au spéculum : La lèvre antérieure du col a diminué et repris son volume normal. Lèvre postérieure presque entièrement disparue; on voit et on sent la cicatrice plus résistante. La muqueuse du col est d'un rouge légèrement violacé, sans aucune altération.

Revenons sur les points principaux qu'a présentés le traitement.

La durée du traitement actif a été de un mois seulement, du 30 novembre au 28 décembre, encore a-t-il été interrompu, du

4 au 18 décembre, parce que l'on attendait une période menstruelle, qui est venue du 12 au 15 décembre.

Les injections interstitielles furent faites dans cinq séances, espacées l'une de l'autre de cinq à six jours. A chaque séance, l'on fit deux ou trois injections, c'est-à-dire deux ou trois piqures en différents points. A chaque point, l'on injecta 0,20, 0,25, 0,30 centigrammes de la solution de chlorure de zinc au cinquième. 3 gr. 50 de la solution furent ainsi injectés, représentant 0,70 centigrammes de chlorure de zinc.

Nous cessâmes les injections, quand toute la tumeur fut détruite, et que nous crûmes impossible de faire pénétrer sûrement la pointe du trocart, sans avoir à craindre de perforer le cul de sac rétro-vaginal; le voisinage du péritoine nous faisait un devoir de nous abstenir. Nous nous sommes contenté de badigeonner la surface, qui nous semblait suspecte jusqu'à la cicatrisation, avec un pinceau imprégné de la même solution.

Examinons l'effet local et général de ces injections interstitielles. Dès la première injection, la tumeur s'affaisse, ne faisant plus qu'un relief de 2 centimètres; sa surface est inégale; des parties saillantes sont séparées par des dépressions. Après la seconde injection, la tumeur qui faisait un relief si prononcé et saignait facilement, s'affaissa, et fut remplacée par une eschare aplatie, d'un blanc grisâtre, et ne faisant plus de saillie; en tamponnant avec de l'ouate, on voit autour quelques points qui saignent facilement, tandis que l'eschare est sèche. Celle-ci est entraînée par la suppuration, et il reste une surface, présentant des points végétants.

Les injections suivantes ont pour but de les détruire; en même temps, l'on badigeonne toute la partie végétante, afin de la modifier progressivement.

Le trocart pénétrant de 5 millimètres à 1 centimètre, et l'eschare ayant 4 millimètres d'épaisseur, l'on détruit à chaque injection une portion de tissu, correspondant à ces dimensions; celles-ci sont petites, et cependant elles ont leur importance quand on pense, que l'on agit sur le col utérin, et sur un point rapproché du péritoine.

Ces injections intra-parenchymateuses produisirent des effets

généraux très-modérés; la malade n'eut aucune réaction fébrile. Nous lui recommandions, après chaque injection, le repos au lit; maintes fois, elle passa outre à notre prescription ; malgré, cela, elle n'éprouva ni envies de vomir, ni ballonnement du ventre; plusieurs fois elle eut des coliques assez vives, siégeant probablement dans la matrice; nous évitâmes aussi de faire des injections pendant la période menstruelle ; les règles étaient survenues après les deux premières injections, elles manquèrent le mois suivant.

Les accidents furent presque nuls.

La piqûre, nécessitée par chaque injection, produisit plusieurs fois une légère hémorrhagie; chaque fois nous aidâmes aux propriétés hémostatiques du chlorure de zinc par un tampon de ouate, et l'hémorrhagie s'arrêta.

La malade percevait à peine de la douleur à chaque piqûre; les tractions seules avec l'érigne implantée sur le col déterminaient de la sensibilité dans l'aine gauche.

Enfin, un point très-important à noter, c'est que les injections interstitielles produisirent une inflammation très-limitée, la lèvre antérieure du col augmenta de volume et devint plus sensible. Mais il n'y eut aucun retentissement sur le péritoine, ainsi que nous l'avions observé avec l'acide acétique. Nous attribuons cet heureux résultat à l'action locale du chlorure de zinc, qui coagule sur place le sang et la lymphe, et empêche, dans le voisinage du péritoine, le transport d'un liquide caustique par les lymphatiques si nombreux dans cette région, ainsi que l'a démontré d'une façon remarquable, notre ami le Dr Just Lucas-Championnière.

Un petit accident survenu chez notre malade, démontre l'action limitée et assez énergique de la solution de chlorure de zinc au cinquième; en faisant un badigeonnage, quelques gouttes tombèrent sur la partie postérieure de la muqueuse vaginale; plusieurs jours après, nous constations une eschare blanchâtre, sèche, de forme elliptique; elle s'enleva d'une pièce, laissant à sa place une cavité, à bords taillés à pic, de un ou deux millimètres de profondeur, et qui se cicatrisa promptement.

En résumé, les injections interstitielles de chlorure de zinc,

nous ont donné un excellent résultat chez notre malade; l'absence de récidive, après une année, prouve que cette méthode peut, dans certains cas particuliers, produire de réels succès; nous espérons que d'autres faits viendront compléter les résultats déjà obtenus.

En terminant, nous déduisons du fait que nous avons observé les conclusions suivantes :

1o Une tumeur épithéliale du col de l'utérus a été complètement détruite par les injections interstitielles d'une solution de chlorure de zinc au cinquième, faites au sein et sur les limites de la tumeur.

2o Avec la solution de chlorure de zinc au cinquième, il n'est survenu aucun accident ni du côté de l'utérus, et des annexes, ni du côté du péritoine.

3o Le procédé opératoire, que nous avons employé, est le procédé décrit par M. Gallard; il nous a permis de détruire progressivement tout le tissu de mauvaise nature.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Depaul donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Herrgott, de Nancy, intitulé le **Spondylizème ou affaissement vertébral, cause nouvelle d'altération pelvienne** (Voir le travail de M. Herrgott, p. 81 et p. 175).

M. Guérin remarque que le travail de M. Herrgott vise surtout l'influence que le spondylizème peut exercer sur l'accouchement, mais il pense qu'il eût été utile de remonter à la source et de signaler les altérations qui produisent ces déformations.

Il constate également qu'il n'est pas question dans ce travail des déviations latérales de la colonne qu'on doit évidemment rattacher à la deformation particulière signalée par M. Herrgott.

D'après M. Guérin, le travail du professeur de Nancy et le rapport de M. Depaul ont spécialisé et systématisé à tort deux cas particuliers d'un genre de déformation qui en comprennent beaucoup d'autres appartenant à la grande catégorie des difformités tuberculeuses. En les isolant comme ils l'ont fait, ils ont rompu leurs liens,

de communauté appartenant à cet ensemble et substitué à leur caractéristique véritable une caractéristique aussi fantaisiste que leur dénomination.

M. Depaul comprend parfaitement que la maladie puisse porter sur les parties latérales des vertèbres, mais il pense que les déviations latérales ont moins d'importance en obstétrique et n'exercent pas une grande influence sur l'accouchement.

Les observations de M. Guérin n'ont du reste aucun rapport avec l'obstétrique. Il est probable, dit M. Depaul, qu'il a voulu profiter de l'occasion pour rappeler qu'il s'était occupé depuis longtemps des maladies de la colonne vertébrale; mais il aurait pu certainement le faire sans adresser au travail de M. Hergott un reproche qu'il ne mérite pas.

M. Guérin paraît très-blessé de cette observation. Il proteste et persiste dans sa manière de voir. Le spondylizème est une déformation qu'on doit rattacher à l'ensemble des déformations de la colonne. Quant à l'attaque dont il vient d'être l'objet, il espère que l'Académie n'y verra qu'un témoignage de l'impossibilité où s'est trouvé M. Depaul de répondre par une argumentation sérieuse et scientifique.

Après quelques observations très-vives échangées entre les deux académiciens, l'incident est clos et M. Guérin donne lecture d'un mémoire sur les mouvements de la colonne vertébrale.

M. Tarnier présente à l'Académie **deux nouveaux forceps.**

Ces instruments ont sur le forceps ordinaire les trois avantages suivants:

1° De permettre à l'opérateur de pouvoir toujours tirer suivant l'axe du bassin, même lorsque la tête fœtale est arrêtée au niveau du détroit supérieur, et par conséquent d'épargner aux tissus maternels les compressions inutiles et dangereuses qu'ils subissent avec le forceps ordinaire;

2° De laisser à la tête du fœtus une mobilité suffisante pour qu'elle puisse suivre la courbure de la filière pelvienne presque aussi librement que dans un accouchement naturel;

3° De présenter une aiguille indicatrice qui fonctionne automatiquement et montre à l'accoucheur dans quel sens il doit diriger ses tractions pour qu'elles soient irréprochables.

(*Séances du* 23 *et du* 30 *janvier* 1877.)

Dr A. Lutaud.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Kystes multiloculaires gélatineux, sessiles des deux ovaires.— Ovariotomie, Guérison. — M. Sarazin, membre correspondant, adresse à

la Société l'observation d'une malade atteinte de kystes multiloculaires gélatineux, sessiles des deux ovaires, chez laquelle il pratiqua l'ovariotomie, et qui guérit (voir cette observation dans les Bulletins de la Société de chirurgie du 5 janvier 1877, p. 868).

Séance du 20 décembre 1876.

Embryotome. — M. Tarnier. Messieurs, dans certains cas de présentation de l'épaule, il est impossible, vous le savez, de faire la version, tantôt parce que la partie fœtale est trop profondément engagée, tantôt parce que l'utérus est contracté d'une façon tétanique. On est alors obligé de recourir à l'embryotomie. Cette opération se pratique habituellement avec de longs ciseaux à l'aide desquels on incise, coup de ciseaux par coup de ciseaux, toute l'épaisseur du cou ou du tronc de l'enfant. Malheureusement l'embryotomie pratiquée dans ces conditions constitue une opération longue et laborieuse, même entre les mains des accoucheurs les plus habiles, surtout lorsque les ciseaux rencontrent les côtes ou la clavicule; de plus, elle ne met pas les organes maternels, ni les doigts de l'opérateur, à l'abri d'une lésion possible. Aussi a-t-on depuis longtemps cherché à imaginer un instrument plus puissant et plus rapide dans son action que les ciseaux à embryotomie. M. Jacquemier a inventé un crochet particulier présentant dans sa partie concave une fente qui communique avec un canal intérieur parcourant toute la longueur du crochet que l'on peut comparer à un tube curviligne qui aurait été fendu. On place ce crochet sur le cou de l'enfant et l'on insinue dans le canal qui le parcourt une tige composée de chaînons articulés entre eux et munis, sur l'un de leurs bords, de dents de scie dont la pointe fait saillie par la fente dont j'ai parlé. En imprimant à cette tige des mouvements rapides de va-et-vient, on finit par produire la section du cou de l'enfant : mais on n'y arrive qu'avec peine, aussi l'instrument de M. Jacquemier est-il peu répandu.

Van der Eecken a fait construire un crochet qui permet à l'opérateur de passer autour du cou de l'enfant une scie à chaîne à l'aide de laquelle on pratique l'embryotomie. J'ai, moi-même, décrit un procédé analogue : A l'aide d'un crochet muni d'un ressort semblable à celui d'une sonde de Belloc, j'ai conseillé de passer un fil autour du cou de l'enfant. Ce fil sert à entraîner la chaîne d'un écraseur linéaire et celui-ci opère alors la décollation. M. Pajot recommande aussi un crochet particulier qui lui sert à conduire autour du cou une ficelle de fouet dont les extrémités sortent par la vulve. En tirant alternativement sur les deux chefs de cette ficelle et en leur imprimant un mouvement rapide, on sectionne le cou avec une facilité qui n'est pas

sans causer quelque étonnement. Une fois j'ai essayé de ce mode d'embryotomie et j'ai réussi.

Qu'on emploie le procédé de Van der Eecken, celui de M. Pajot ou le mien, il faut toujours faire passer un lacet autour du cou de l'enfant et c'est précisément là une manœuvre difficile, qui est loin d'être applicable à tous les cas.

C. Braun se sert d'un crochet spécial qu'il applique aussi sur le cou. En tirant fortement sur ce crochet et en lui imprimant en même temps quelques mouvements incomplets de rotation sur son axe, les vertèbres sont bientôt luxées et disjointes; les parties molles cèdent à leur tour et la tête est séparée du tronc. Cette opération est en honneur en Allemagne, cependant je ferai remarquer qu'elle n'est guère possible lorsque le cou de l'enfant est inaccessible et qu'on doit agir sur le tronc. Dans ce dernier cas, on est souvent obligé de pratiquer l'éviscération dont le manuel opératoire est loin d'être réglé.

En résumé, l'arsenal obstétrical ne contient pas encore d'instrument applicable dans toutes les variétés de la présentation du tronc et capable de toujours produire une section complète et exempte de dangers.

Aujourd'hui, j'ai l'honneur de vous présenter un instrument que j'ai fait fabriquer par M. Mathieu et dont je poursuis depuis longtemps la réalisation. Cet instrument se compose, comme le forceps de Van Huevel, de deux branches (*fig.* 1 et 2), parcourues dans toute leur longueur par une fente communiquant avec un canal intérieur ou gaîne centrale. Ces deux branches s'articulent entre elles à la manière du forceps de Thenance (*fig.* 2) et présentent un chas *O* placé à quelque distance au-dessus de l'articulation; l'une d'elles décrit une courbe, semblable à celle de la face antérieure du sacrum, et doit être appliquée entre cet os et l'enfant; l'autre est presque droite et se place en avant, entre le pubis et le fœtus. On articule ensuite les deux branches *A* et on les rapproche l'une de l'autre à l'aide d'une courroie *F* ou mieux d'une crémaillère, jusqu'à ce quelles se touchent par leurs extrémités libres, puis on introduit la scie à chaîne dans les deux chas indiqués plus haut. Pour cela, on utilise le passe-lacet, *p*, *l*, qui termine l'une des extrémités de la scie à chaîne jusqu'à ce qu'il sorte de 30 centimètres environ. On prend alors les deux lames conductrices et on les engage dans l'intérieur des canaux creusés dans les branches. La lame conductrice la plus longue doit être placée dans la branche qui répond au pubis. Avec la main, on pousse ces branches jusqu'à ce qn'elles soient engagées sous le logement *B*, *B*, d'une clef dentée, *P*, qui doit les faire monter ou descendre, au gré de l'opérateur. La seule précaution importante à prendre est de pousser les lames de telle sorte que la partie de ces lames qui n'est pas encore engagée dans les branches et fait saillie en arrière, *c*, *c*, soit d'une

longueur égale sur l'une et l'autre lame. Alors, il ne reste plus qu'à introduire la clef dentée *P* dans son logement.

Ces préparatifs étant terminés, ce qui demande environ cinq minutes, l'opérateur saisit avec deux manches, *M*, les extrémités de la scie à chaîne et la met rapidement en mouvement pendant qu'un aide fait

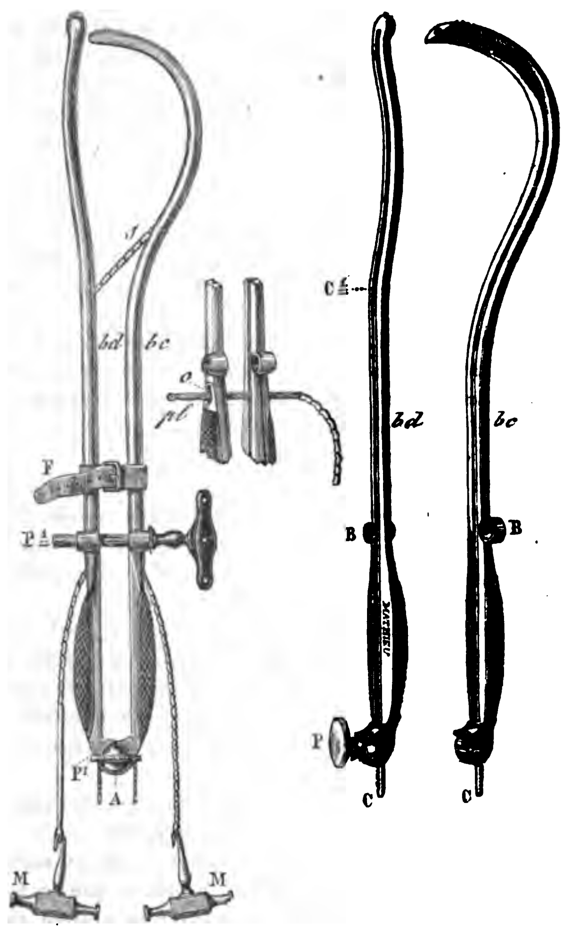


Fig. 2. Fig. 1.

monter les deux branches conductrices en tournant la clef dentelée *P* qui les commande. La scie *s* coupe le fœtus du bas en haut et en vingt secondes la section est terminée.

L'embryotomie que je vous présente est, malgré sa complication

apparente, facile à appliquer et à manœuvrer ; il agit rapidement, aussi bien sur le tronc que sur le cou, et protége complétement les parties maternelles puisque la scie se meut toujours dans l'espace compris entre les deux branches de l'instrument ; vous voyez d'ailleurs que son mécanisme ressemble à celui du forceps de Van Huevel, mais j'ai dû lui donner une forme particulière pour qu'il soit applicable dans toutes les présentations du tronc. J'ai fourni à M. Mathieu toutes les indications et les explications nécessaires pour sa construction, mais je m'empresse de dire que ce fabricant y a ajouté un perfectionnement en simplifiant la manière de placer la scie à chaîne, au moyen d'un passe-lacet qui traverse les chas dont les branches sont percées.

M. Guéniot. J'applaudis volontiers aux nouveautés instrumentales ; car, quel que soit leur sort définitif, elles représentent presque toujours des idées plus ou moins utilisables. Sous ce rapport, je m'empresse de souhaiter la bienvenue à l'embryotome de M. Tarnier. Mais que notre excellent collègue me permette en même temps une légère critique :

1° L'instrument dont il s'agit est compliqué dans son fonctionnement, comme dans sa composition matérielle. Sa manœuvre exige, en effet, l'assistance d'un aide exercé et, lorsque l'instrument est en place, la déclivité du manche doit rendre assez difficile l'introduction des conducteurs dans leur coulisse.

2° Si le tronc de l'enfant n'est pas transversalement dirigé, les branches de l'instrument qui correspondent, l'une en avant et l'autre en arrière, ne pourront saisir le fœtus que suivant une tranche oblique. De là, difficulté, sinon impossibilité, de les rapprocher assez pour permettre le jeu régulier de la clef motrice.

3° Enfin, objection plus capitale, l'instrument ne peut s'appliquer que dans l'excavation pelvienne. Or, quand le tronc du fœtus se trouve ainsi abaissé, la manœuvre connue des grands ciseaux me semble à la fois beaucoup plus simple et plus facile que celle de l'embryotome à scie. On procède alors comme dans l'extirpation de certains polypes du col utérin.

M. Tarnier. — Je répondrai brièvement aux quatre points principaux de l'argumentation que vous venez d'entendre.

1° Quoi qu'en dise M. Guéniot, l'embryotome que je vous ai présenté est moins compliqué, plus facile à manier que le forceps de Van Huevel et cependant ce forceps jouit d'une grande faveur en Belgique.

2° Pour introduire les lames conductrices dans les branches on peut relever l'instrument jusqu'à ce que celles-ci soient à peu près horizontales : on n'est donc pas obligé de s'accroupir dans une posture gênante pour arriver à placer les lames conductrices dans leurs gaînes, ainsi que M. Guéniot paraît le craindre.

3° Lorsque le tronc du fœtus traverse obliquement l'excavation pelvienne, la section est aussi facile que dans une présentation franchement tranversale; seulement la section, au lieu d'être perpendiculaire au grand arc du fœtus y est oblique. Il n'y a là aucune difficulté, même lorsque la scie rencontre un membre, car alors celui-ci est très-facilement coupé.

4° La courbure de la branche postérieure de l'instrument ne lui permet pas, il est vrai, d'être introduite au-dessus du petit bassin, mais je ferai remarquer que, dans l'immense majorité des cas où l'embryotomie est nécessaire, le fœtus est engagé dans l'excavation pelvienne et que, par conséquent, il n'est pas utile de porter cette branche postérieure au-dessus du détroit supérieur.

(*Séance du 27 décembre* 1876.)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Développement du mamelon. — M. de Sinéty communique le résultat de ses études d'anatomie comparée sur le développement du mamelon. (Cette étude sera publiée *in extenso* dans notre prochain numéro.) (*Séance du 27 janvier* 1877).

Origine vasculaire de la vésicule allantoïde. — M. Cadiat a examiné la vésicule allantoïde chez un certain nombre d'animaux, à diverses périodes, et il a trouvé que son développement présente une grande analogie avec ce qui se passe chez le poulet, où les lames vasculaires, partant de l'embryon, contournent le jaune et vont se réunir au pôle opposé. Ainsi, il a vu d'une manière constante deux prolongements aortiques contourner l'intestin, puis se réunir. Il attire l'attention sur l'importance de ce caractère prédominant de la vascularité, qui diminue, selon lui, le caractère purement secondaire de cette vésicule en tant que cavité.

Cette communication soulève une courte discussion. M. Mathias Duval maintient l'importance de la classification des allantoïdiens et des anallantoïdiens, et pense que peut-être M. Cadiat a fait confusion avec les vaisseaux ombilicaux et la vésicule ombilicale.

M. P. Bert croit également que pour combattre victorieusement une classification qui répond, comme celle-là, à des faits anatomiques indiscutables, il faudrait apporter d'autres faits plus importants.

Dr E. Hottenier.

(*Séance du 5 février* 1877).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Manuel de médecine légale et de jurisprudence médicale, par le Dr A. Lutaud, 1 vol. in-12 de 740 pages. Paris, 1877.

On s'étonnera peut-être de trouver ici un compte-rendu de cet ouvrage qui ne se rattache qu'indirectement à la gynécologie; mais les questions médico-légales relatives à l'avortement, à l'infanticide, au viol et à la grossesse sont de beaucoup les plus importantes, et nous constatons avec plaisir que M. Lutaud leur a consacré les meilleurs et les plus importants chapitres de son manuel.

La première partie contient la médecine légale proprement dite; la deuxième, la chimie et la toxicologie légales; la troisième, la jurisprudence médicale, c'est-à-dire l'ensemble des lois et décrets qui régissent l'enseignement de la médecine.

Nous n'avons à nous occuper ici que de la première partie.

Un long et intéressant chapitre est consacré aux attentats aux mœurs et au viol. A l'exemple de M. Tardieu, l'auteur divise les attentats en trois groupes. Dans le premier, il place les *simples outrages publics à la pudeur*; dans le second, *les attentats à la pudeur* et *le viol;* enfin, dans le troisième, les attentats contre nature : la *pédérastie* et la *sodomie*.

Nous signalons à ce propos les caractères distinctifs du viol et de 'attentat qui sont exposés avec beaucoup de netteté : l'intromission complète avec ou sans défloration constitue le viol; la non-intromission est propre au simple attentat. Cette distinction, très-bien formulée par M. Tardieu, est admise par tous les tribunaux français et étrangers.

Le chapitre II traite des questions relatives au mariage, à la grossesse et à l'accouchement. L'auteur examine successivement l'opposition au mariage, la nullité de mariage, la séparation de corps, la contestation de légitimité, etc. Viennent ensuite les questions de survie, de viabilité, de suppression de part, qui sont traitées d'une manière très-méthodique et très-compréhensible, même pour les personnes peu familiarisées avec la jurisprudence.

Nous arrivons enfin aux deux chapitres les plus importants qui se rattachent à l'avortement et à l'infanticide. Après avoir calqué les caractères de l'avortement spontané, accidentel ou médical, de l'avortement criminel, l'auteur expose avec soin les procédés coupables employés pour produire l'avortement. Nous sommes heureux de nous rencontrer en communauté d'idées avec M. Lutaud sur un point important. L'avortement qui survient pendant les trois premiers mois

de la grossesse se fait habituellement en bloc, c'est-à-dire que l'embryon est expulsé entouré de ses membranes intactes. Nous avons longuement exposé cette doctrine dans les *Annales* (juin 1876), et on conçoit facilement l'importance qu'elle peut acquérir en médecine légale si de nouvelles observations viennent l'appuyer,

Nous signalons dans le chapitre de l'infanticide les questions relatives à la docimasie pulmonaire et à la détermination de l'âge de l'enfant qui sont traitées avec beaucoup de soin.

Viennent ensuite les chapitres consacrés aux attentats à la vie, à l'identité, à l'aliénation mentale, à la toxicologie, qui sont très-complets, mais que le manque d'espace nous empêche d'analyser.

La troisième partie de ce livre contient d'intéressants et d'utiles commentaires sur les lois qui régissent en France l'exercice et l'enseignement de la médecine et de la pharmacie. C'est un véritable code professionnel dans lequel sont traitées les questions relatives au secret médical, aux honoraires, à la responsabilité médicale, etc.

En somme, nous pensons que M. Lutaud a eu une excellente idée de publier ce Manuel de médecine légale qui contient, sous une forme claire et précise, toutes les matières qui font le sujet habituel de l'enseignement et de la pratique journalière. C'est un ouvrage utile qui doit figurer dans la bibliothèque de tous les praticiens.

A. Leblond.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

L'hæmophilie chez le sexe féminin, par Kehrer, avec deux planches dont l'une représente la manière d'être des caillots sanguins. *Arch. f. Gynæk*, t. X, p, 201 à 237. (Ce travail renferme trois observations originales, dont deux terminées par la mort).

Contribution à l'anatomie du conduit omphalo-mésentérique avec six dessins, par Klinwachter (*Arch. f. Gyn.*, t. X, p. 238).

De la dysménorrhée membraneuse avec deux dessins, par Léopold, *arch. f. Gynæk*, t., p. 293. (C'est une critique du travail de Beigel analysé dans les *Annales*. Il affirme que ce que ce dernier a désigné comme muqueuse utérine, n'est autre chose que la *muqueuse de la portion vaginale du col ou du vagin*. Il cite à l'appui de ce dire trois observations dont les produits membraneux ont été soigneusement examinés au microscope).

Pathologie et thérapeutique de la dysménorrhée membraneuse, par George Hoggan et F. E. Hoggan de Londres. *Arch. f. Gyn.*, t. X, p. 301. (Ce travail est en partie confirmatif du précédent, puisque sur quatre observations de ce genre, trois provenaient de la portion va-

ginale. Considérant la maladie comme une stimulation excessive des organes génitaux, ils recommandent les anaphrodisiaques et surtout le bromure de potassium. Ils disent en avoir retiré de bons résultats et l'emploient à grosses doses concurremment avec l'iodure de potassium, plusieurs jours avant le mouvement fusionnaire des règles).

Le sang des femmes enceintes, par NASSE. *Arch. f. Gyn.*, t. X, p. 315.

Fille de dix-huit ans atteinte d'un fibro-myome de la vessie, par Fr. SCHATZ. (Après deux extirpations incomplètes avec l'écraseur, troisième opération couronnée de succès. Cette observation est complétée par l'indication de vingt-quatre cas analogues). *Arch. f. Gyn.* t. X, p. 356).

Deux ovariotomies avec pédicule fixe au dehors et drainage, guérison, par WINCKLER (*Arch. f. Gyn., t. X*, p. 370).

Thrombose inflammatoire de la vessie, cas survenu pendant les couches et amenant la production de symptômes faisant penser à la fièvre puerpérale, mort deux mois après l'accouchement, par BENGA (*Arch. f. Gyn.*, t. X, p. 380).

La gynécologie au Japon, par WERMICH (Article très-curieux surtout au point de vue de l'anthropologie). (*Arch. f. Gyn.*, t. 10, p. 568).

Épidémie de pemphigus dans la clientèle d'une sage-femme, par DOHRN (*Arch. f. Gyn.*, t. X, p. 389).

La manière d'être du système utérin pendant l'accouchement, par LITZMANN (*Arch. f. Gyn.*, t. X, p. 410).

Contribution à la constitution des enveloppes de l'œuf, par BLACHER (*Arch. f. Gyn.*, t. X, p. 459).

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Manuel de médecine légale et de jurisprudence médicale, par le Dr A. LUTAUD, ex-médecin de l'hôpital français de Londres, ex-interne des hôpitaux du Hâvre. 1 vol. in-12 de 736 pages, avec 38 figures dans le texte. Prix : 8 fr. 50.

Description de deux nouveaux forceps, par S. TARNIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien en chef de la Maternité de Paris, membre de l'Académie de médecine. Lauwereyns, éditeur. Paris, 1877.

Conduite de l'accoucheur quand le fœtus reste mort dans la cavité utérine, par le Dr LIZE (du Mans).

Studien über die uterusschleim haut während menstruation, Schwangerschaft und Wochenbett, par le Dr GERHARD LEOPOLD.

Recherches sur l'albuminurie des femmes enceintes, par PETIT, 1876. In-8°. 2 fr. 50.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Avril 1877.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DISCUSSION RELATIVE AU NOUVEAU FORCEPS DE M. TARNIER (1)

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAJOT.

Mon cher maître,

La bienveillance avec laquelle vous avez souvent jugé mes travaux, m'avait en quelque sorte habitué à votre approbation et j'espérais, je l'avoue, que vous accueilleriez favorablement les idées contenues dans mon dernier mémoire (2); mais quand j'ai reçu votre journal (3), je me suis aperçu, non sans de vifs

(1) Dans notre prochain numéro nous publierons la réponse de M. le professeur Pajot, à la lettre de M. Tarnier.

(2) *Description de deux nouveaux forceps*, in-4, avec 43 figures, chez Lauwereyns, éditeur. Paris, 1877.

(3) *Annales de Gynécologie*, mars 1877, p. 161 et suiv.

regrets, que loin d'avoir conquis votre appui, j'avais encouru vos critiques.

En lisant votre lettre, où règne d'ailleurs un ton amical dont je suis aussi heureux que profondément reconnaissant, j'ai d'abord été ébloui par votre verve, dominé par l'autorité scientifique de votre nom. Cependant, lorsque j'ai pu examiner froidement vos arguments, permettez-moi de le dire franchement, je ne les ai pas trouvés probants. J'essaierai donc de réfuter vos objections ; je m'efforcerai même de vous convaincre et, connaissant votre amour de la vérité et du progrès, je ne désespère pas d'y arriver, le temps aidant, car je suis dans le vrai.

Vous me reprochez tout d'abord d'avoir inventé un forceps *pour les ignorants*. C'est assurément là une simple boutade de votre part, néanmoins je proteste contre elle. Le forceps que j'ai inventé est fait pour tous les médecins, et tous reconnaîtront, tôt ou tard, que ce nouvel instrument présente sur le forceps ordinaire de nombreux avantages.

J'examinerai ces avantages, je les comparerai aux inconvénients du forceps ordinaire et, chemin faisant, je répondrai à vos objections.

I.

Avec quel forceps peut-on le mieux tirer suivant l'axe du bassin ? — Il y a vingt ans, j'étais, très-cher maître, parmi les auditeurs de votre cours, au milieu de la foule dont regorgeait le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Vos leçons ne sont pas de celles qu'on oublie ; aussi, vous m'avez appris, mieux que personne, combien il est important, en maniant le forceps, de successivement tirer, *autant que possible*, suivant l'axe des différentes ouvertures que la tête fœtale traverse en parcourant le bassin. C'est là un précepte irréprochable, sur lequel repose en grande partie le manuel opératoire de l'obstétrique; mais voyons dans quelle mesure il est réalisable avec le forceps classique.

La figure I représente une application de forceps au détroit supérieur. La ligne AB indique l'axe de l'ouverture que la tête doit franchir et par conséquent, la direction qu'il faudrait donner aux tractions pour qu'elles fussent irréprochables. Au contraire, les tractions faites par l'opérateur, lorsqu'il tire sur les

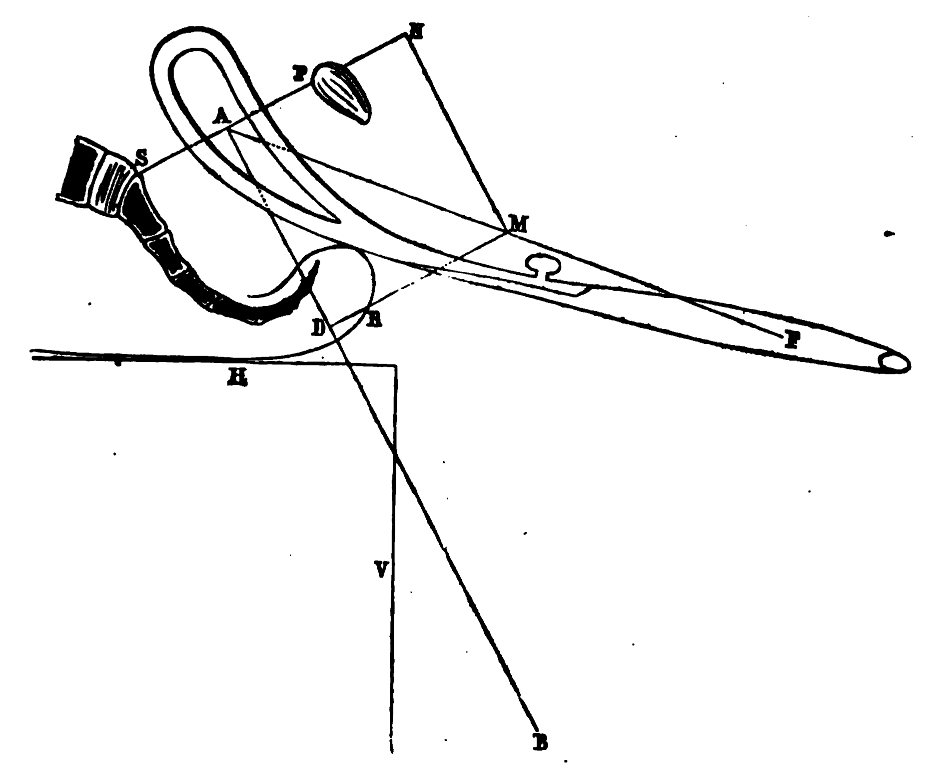


FIG. 1. — Forceps ordinaire appliqué au niveau du détroit supérieur (pendant les premières tractions).

SP, Diamètre sacro-pubien minimum. — AB, Axe du détroit supérieur. — AF, Direction des tractions directes. — ADMN, Parallélogramme des forces. — A, Centre supposé de la tête fœtale. — P, Pubis. — R, Périnée. — S, Promontoire. — H, Plan horizontal formé par le lit. — V, Plan vertical correspondant au bord du lit.

manches du forceps, se convertissent en une force qui est représentée par la ligne AF. En supposant que ces dernières tractions soient de 40 kilogrammes et qu'on les représente par la

distance AM, si je construis sur cette ligne AM le parallélogramme des forces ADMN, je trouve que la traction AM se décompose en deux forces ; l'une, AD, qui tend à abaisser la tête dans la direction de l'axe du détroit supérieur ; l'autre, AN, représentant une pression nuisible qui vient se perdre contre le pubis. Or, les lignes AM, AD, AN, offrent entre elles des différences respectives de longueur qui sont exprimées par les nombres 40, 30, 26, en chiffres ronds. Donc, en tirant sur les manches du forceps classique avec une force de 40 kilogrammes, on tend à abaisser la tête dans la direction AD avec une force de 30 kilogrammes seulement, tandis qu'involontairement on fait subir au pubis une pression nuisible de 26 kilogrammes. Il est bien entendu que dans ce calcul j'ai uniquement tenu compte des forces et des pressions qui naissent par le fait de l'opérateur, et que j'ai négligé celles qui proviennent de l'action naturelle des tissus maternels (1).

Il est impossible, on le voit, de tirer suivant l'axe du détroit supérieur, et d'éviter les compressions nuisibles, lorsqu'on saisit à pleines mains les manches du forceps ordinaire. C'est là un point, cher maître, que vous m'avez concédé sur-le-champ lorsque vous m'avez fait l'honneur d'examiner mes instru-

---

(1) Avant d'aller plus loin, je tiens à me disculper du reproche que vous avez formulé dans le passage suivant : « Vous n'y avez pas songé, mais dans presque « tous vos dessins, le forceps *ne pourrait pas être articulé*, ni la tête saisie, « autrement que par l'extrémité des cuillers. Or, je crois avoir démontré, sur « le vivant, en 1853, qu'*au-dessus du détroit supérieur l'articulation du forceps* « *n'est possible* qu'en faisant pénétrer les branches de manière à placer l'articu-« lation à l'entrée du vagin. » (*Loc. cit.*, p. 172.)

Ma réponse sera facile. La plupart de mes dessins ne représentent pas le forceps appliqué *au-dessus* du détroit supérieur, mais sur une tête dont le centre serait arrêté *au niveau même* du détroit supérieur, la moitié de cette tête étant par conséquent engagée dans l'excavation. Dans ce dernier cas, pour faciliter l'articulation du forceps, il est souvent nécessaire d'introduire très-profondément les branches de l'instrument, mais dès que l'on exerce quelques tractions, les cuillers, d'abord trop élevées pour bien saisir la tête, s'abaissent un peu et le pivot s'éloigne de la vulve. Or, je n'ai pas représenté le forceps au moment de son articulation, mais pendant les premiers efforts d'extraction. Mes dessins ont d'ailleurs été exécutés aussi fidèlement que possible d'après des croquis pris sur le cadavre, et contrôlés par de nombreuses mensurations faites dans les amphithéâtres de Clamart.

ments. Cette concession a une portée considérable, car elle ruine le crédit que tous les accoucheurs avaient accordé jusqu'ici au forceps classique considéré comme instrument de traction directe. Vous l'avez bien compris, aussi vous avez ajouté immédiatement que depuis plus de trente années, vous enseigniez *à tirer autrement*. Vous faisiez ainsi allusion à une manœuvre dans laquelle l'opérateur place ses mains de telle sorte que l'une d'elles soutient les manches du forceps, tandis que l'autre est appliquée sur l'articulation et exerce en ce point une pression dirigée de haut en bas.

Que faut-il penser de cette manœuvre lorsque le forceps est appliqué au-dessus du détroit supérieur? A mon avis, elle est presque impossible. En voulez-vous la preuve? Vous avez raporté une observation d'application de forceps, dans laquelle votre succès a été dû à ce que *le pivot était entre les grandes lèvres* (*loc. cit.*, p. 172 et 173). Or, je vous le demande, comment auriez-vous fait, dans ce cas, pour exécuter votre manœuvre de prédilection?

Lorsque le centre de la tête est descendu au niveau même du détroit supérieur, cette manœuvre, à la rigueur possible quoique très-incommode, serait dangereuse parce que les cuillers couperaient le périnée chaque fois que l'instrument glisserait brusquement. De plus, elle resterait infructueuse parce qu'elle ferait perdre trop de force. C'est là une opinion que j'ai déjà exprimée dans mon mémoire; aussi, vous vous élevez contre elle et vous me dites : « *On perd ainsi de la force.* Je le crois bien, « et c'est pour cela que la méthode est bonne. Je ne veux « pas que l'accoucheur exerce des tractions sur un forceps, « en y suspendant tout le corps...... Donc, ce qui pour vous « est un inconvénient, je le regarde comme un avantage. En « obstétrique, quand il faut de la force, mieux vaut *trop peu* « *que trop*. C'est ma formule. » (*Loc. cit.*, p. 168.)

Je suis d'accord avec vous, lorsque vous conseillez de ne pas tirer sur le forceps en y suspendant tout le corps; mais à votre formule je préfère la suivante : *ni trop ni trop peu*. En effet, dans bon nombre d'accouchements laborieux, j'ai vu Paul Dubois, Danyau et d'autres accoucheurs émérites *tirer des bras et*

avec force, se reposer un instant, recommencer ensuite les tractions avec une nouvelle énergie et, lorsqu'ils étaient épuisés, prier quelquefois un jeune confrère de prendre en main le forceps. Telle était la pratique de ces maîtres éminents et je suis certain qu'elle est suivie par la grande majorité des cliniciens. Cela dit, ai-je eu tort de mettre en doute l'efficacité d'une manœuvre qui fait perdre à l'accoucheur une grande quantité de force? Je ne le pense pas, et je dirai plus loin quelle est la quantité de force ainsi perdue (voyez p. 255).

Non-seulement je conteste l'efficacité de cette manœuvre lorsqu'il s'agit du détroit supérieur, mais j'ose affirmer qu'elle est très peu employée. Autrement, tous les auteurs classiques l'auraient décrite; or, je n'en trouve aucune trace dans la plupart de leurs ouvrages. Vous ne l'avez même pas indiquée dans le tableau où vous avez résumé, avec une clarté et une précision remarquables, les règles principales de l'application du forceps!

Cependant, la manœuvre en question est nettement signalée çà et là, *sans équivoque possible*; mais pour lui donner une efficacité réelle, les accoucheurs qui l'ont essayée, ont été obligés de recourir à des moyens parfois singuliers: L.-J. Hubert, de Louvain, conseille de placer un lacs très-solide autour du pivot, lacs sur lequel un aide est obligé de tirer en bas, pendant que d'une main l'opérateur tire aussi sur l'articulation, et que de l'autre main il soutient les manches du forceps. — Couzot, de Dinant, place les femmes dans une position qui lui permet *d'appuyer le genou* sur l'articulation du forceps dont il se borne à fixer les crochets. — Chailly s'accroupissait devant le lit, mettait l'extrémité des manches du forceps sur l'une de ses épaules, plaçait les mains sur l'articulation et tirait en bas, de toutes ses forces.

Toute cette gymnastique, j'en suis sûr, ne serait pas plus de votre goût que du mien; mais elle prouve que les accoucheurs qui n'ont pas craint de l'employer, avaient reconnu l'inefficacité de leurs efforts, lorsqu'ils s'étaient bornés à soutenir les manches avec une de leurs mains, tandis qu'avec l'autre ils appuyaient sur la partie articulaire du forceps.

J'ai démontré, je pense, qu'avec le forceps ordinaire, il est impossible de tirer efficacement dans l'axe du détroit supérieur (il en serait à peu près de même dans l'excavation), et qu'une partie de la traction directe produit, en se décomposant, une pression nuisible sur le pubis et, par conséquent, sur la vessie qui le recouvre; mais vous cherchez à atténuer les conséquences de ma démonstration par l'argumentation suivante : « ..... c'est que la plus grande « largeur des cuillers (5 à 6 centimètres) évolue dans un canal « de 11 centimètres; que l'instrument ne peut, dans ces condi- « tions, jamais léser le canal par lui-même, dans les bassins « normaux, ni arc-bouter la tête contre le détroit ou les parois, « à moins de tirer avec une ignorance complète. La tête fœtale « *seule* presse sur les parties molles à chaque traction. Or, nous « savons qu'il faut une pression *très-forte ou prolongée* de la « tête pour entraîner des conséquences fâcheuses. » (*Loc. cit.*, p. 169.)

Pour réfuter cette argumentation, je veux simplement vous soumettre quelques questions : Tous les bassins sont-ils normaux ? — Les pressions produites par la tête sur les parties molles qui recouvrent la face postérieure du pubis sont-elles bonnes ou mauvaises ? — Les cuillers du forceps ne peuvent-elles pas glisser sur la tête, et leurs bords ne peuvent-ils pas contondre ou couper les tissus qui recouvrent le pubis ? — Desormeaux s'est chargé de répondre à la dernière question : « .... je « sais aussi que souvent le forceps glisse et s'échappe de dessus « la tête, ce qui n'est pas sans de grands inconvénients quand « il glisse horizontalement, car le bord de la cuiller, portant « contre les parties de la mère, les sillonne, les contond, et peut « même les diviser. » (Dictionnaire en 30 vol., article *Forceps*.) Pour ma part, après des opérations faites par différents accoucheurs, parmi lesquels j'en pourrais citer de fort habiles, j'ai vu, plus d'une fois, les tissus qui recouvrent la face postérieure des branches ischio-pubiennes, coupés jusqu'à l'os, et ces lésions sont d'autant plus à craindre que la courbure pelvienne des cuillers est plus forte.

Je passe maintenant aux applications de forceps au détroit

inférieur et à l'orifice vulvaire. Je supposerai que la tête, T, est régulièrement saisie (voy. fig. 2), c'est-à-dire d'une oreille à l'autre, et de telle sorte que l'axe longitudinal de l'espace compris entre les deux cuillers se confonde avec le grand axe de l'ovoïde décrit par la tête fœtale. Les bords de l'ouverture à franchir sont représentés par les barres OO. L'axe de l'ouver-

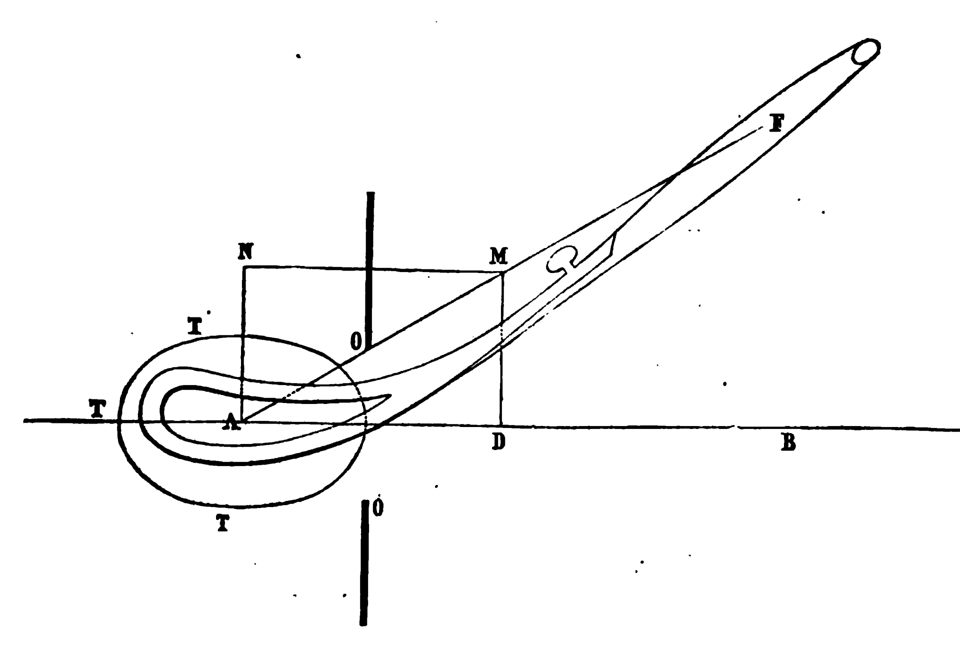


FIG. 2. — Schéma d'un forceps appliqué au détroit inférieur ou à l'orifice vulvaire. La direction des tractions directes est loin de s'y confondre avec l'axe de l'ouverture à franchir.

AB, Axe de l'ouverture à franchir. — AF, Direction des tractions directes. — ADMN, Parallélogramme des forces. — OO, Bords de l'ouverture à franchir. — A, Centre de la tête fœtale. — T, Tête fœtale.

ture est dirigé suivant AB ; les tractions faites par l'opérateur sont représentées par AF. Il faudrait entraîner la tête dans la direction AB et on la tire suivant AF. En construisant le parallélogramme des forces ADMN, et en en mesurant les côtés et la bissectrice, on voit la traction AM, que je supposerai de 20 kilogrammes, se décomposer en deux forces : l'une, AD, équivalant

à 17 kilogrammes et entraînant la tête suivant l'axe de l'ouverture à franchir ; l'autre, allant se perdre contre les organes maternels auxquels elle fait subir une pression nuisible de 10 kilogrammes. Ici donc, c'est-à-dire au détroit inférieur et à l'orifice vulvaire, les tractions faites sur les manches du forceps ordinaire sont encore défectueuses.

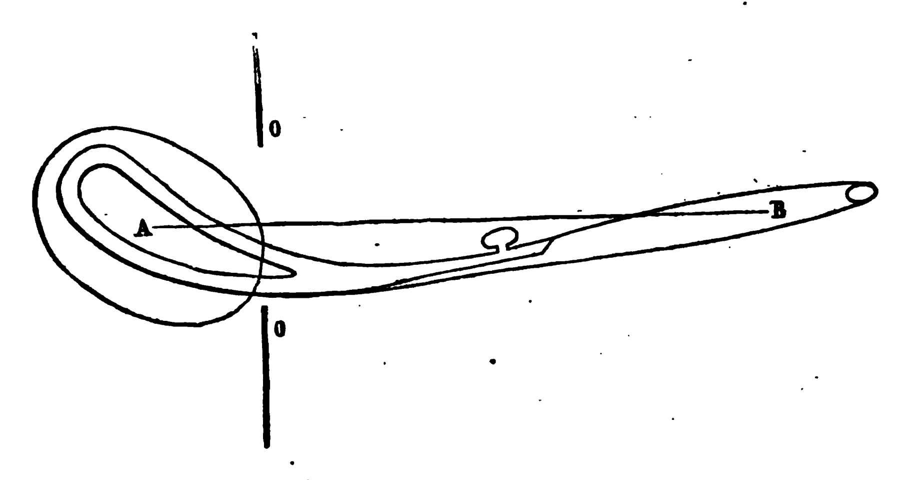


Fig. 3. — Schéma d'un forceps régulièrement appliqué au détroit inférieur ou à l'orifice vulvaire. La direction des tractions directes s'y confond avec l'axe de l'ouverture à franchir, mais la tête se présente obliquement à l'ouverture qu'elle doit traverser.

AB, Ligne représentant en même temps l'axe de l'ouverture à franchir et la direction des tractions directes. — OO, Bords de l'ouverture à franchir. — A, Centre de la tête fœtale.

Je sais qu'au détroit inférieur et à l'orifice vulvaire, on peut abaisser le manche du forceps jusqu'à ce que la direction des tractions vienne coïncider avec l'axe de l'ouverture que la tête doit traverser. C'est ce que j'ai représenté dans la fig. 3. En tirant sur le manche du forceps suivant AB, on entraîne, il est vrai, la tête dans la direction même de l'axe de l'ouverture ; mais si la tête a été régulièrement et solidement saisie, celle-ci et les cuillers qui l'enserrent, tendent à franchir cette ouverture dans une direction oblique (voy. fig. 3), ce qui serait dangereux pour l'intégrité des parties molles de la mère, car elles seraient

exposées à se déchirer, par suite de la distension exagérée qu'elles seraient obligées de subir pour laisser passer la tête ou les cuillers qui sortiraient en gardant cette direction oblique.

J'aime trop la vérité pour nier qu'on ne puisse, au détroit inférieur, employer avec un certain avantage la manœuvre que vous préconisez, à la condition toutefois que l'accouchement sera facile. Mais si la tête résiste et s'il faut déployer de la force, on tire bientôt avec les deux mains, et on retombe fatalement dans l'un des inconvénients que j'ai signalés dans les fig. 2 et 3.

Lorsque la tête fœtale est à l'orifice vulvaire, que fait-on? *La plupart des auteurs conseillent, pour faciliter le dégagement de la tête, de relever l'instrument au-devant de la symphyse pubienne et de le coucher pour ainsi dire sur le ventre de la femme.* Telle est la phrase dont je me suis servi dans mon mémoire; mais vous en trouvez les termes exagérés et vous la critiquez ainsi : « L'exa- « gération consiste à dire *de le coucher pour ainsi dire sur le ven-* « *tre*, je n'ai pour ma part jamais donné ce conseil. Le relever. « Oui » (*loc. cit*, p. 169).

L'expression de *coucher* vous paraît mauvaise. Je pourrais aisément la défendre; mais je l'abandonne afin de simplifier la discussion, et pour ne plus m'exposer à être taxé d'exagération, je copie dans un livre d'accouchements publié par l'un de vos élèves qui est en même temps votre préparateur, le passage relatif au dégagement de la tête: « Une position occipito-pu- « bienne étant reconnue, les tractions auront lieu en bas, « jusqu'à ce que l'occiput soit dégagé sous la symphyse des pu- « bis; puis l'accoucheur, se plaçant du côté de la cuisse droite « de la mère, adossé à son bord interne, tournera la main gau- « che les ongles en dessous et *relèvera le forceps vers le ventre* « *de la mère*, tandis qu'avec la main droite, devenue libre, il « soutiendra le périnée ou se contentera de l'essuyer avec un « linge, pour veiller à ce qu'aucune fissure ne se produise.» (1).

---

(1) Verrier, *Manuel pratique de l'art des accouchements*, p. 130.

N'est-il pas évident, d'après ce texte, qu'en relevant, *avec une seule main*, le forceps vers le ventre de la femme, on ne tire plus dans l'axe de l'orifice vulvaire et que la manœuvre est menaçante pour le périnée? C'est ce que j'ai dit dans mon mémoire; c'est ce que vous contestez (*loc. cit.*, page 170). Où est la vérité? Elle est, cher maître, de mon côté, car, pendant le dégagement de la tête, exécuté comme le décrit M. Verrier, j'ai souvent vu l'extrémité des cuillers du forceps menacer de couper le périnée qu'elles distendaient outre mesure. C'est là un fait d'observation, et vous avez eu, comme moi, l'occasion de le constater maintes et maintes fois, alors même que le forceps était entre les mains d'accoucheurs très-expérimentés. Ces accoucheurs sont, je le reconnais, le plus souvent assez habiles pour éviter de couper le périnée avec les cuillers de l'instrument, dont ils abaissent le manche dès qu'ils craignent une déchirure. L'enfant naît et tout le monde s'embrasse. Mais si un observateur peu enthousiaste touche avec soin la femme qui vient d'accoucher, il constate parfois que l'extrémité des cuillers du forceps a tracé sur la face postérieure du vagin deux sillons profondément déchirés (1). La manœuvre, malgré sa réussite, a-t-elle été menaçante pour le périnée et douloureuse pour la femme? Assurément oui.

Les longues explications qui précèdent, m'autorisent à dire que le forceps classique a le grand inconvénient de ne pas permettre à l'opérateur de tirer suivant l'axe de l'ouverture pelvienne que la tête doit franchir. Qu'ai-je fait? J'ai donné au forceps une courbure qui permet toujours de tirer suivant cet axe. C'est d'ailleurs là un perfectionnement dont L.-J. Hubert (2) et Moralès avaient bien compris l'importance.

---

(1) Je n'invente pas ces lésions pour le besoin de ma cause, je les ai décrites dans le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (article *Forceps*), alors que je ne songeais guère à imaginer de nouveaux forceps.

(2) Hubert a fait construire deux forceps que j'ai dessinés dans mon *Mémoire*, mais, par erreur, j'ai décrit le plus ancien de ces instruments comme étant le plus nouveau et *vice versâ*. Cette confusion bibliographique m'a été signalée par le Dr Wasseige, de Liége, et je m'empresse de la rectifier.

La figure 1 représente mon nouveau forceps. Il se compose de deux branches de préhension et de deux tiges de traction. Celles-ci se relient aux branches de préhension par une articulation mobile dans tous les sens et constituée soit par un crochet, soit par un anneau complètement fermé. Je crois inutile de donner

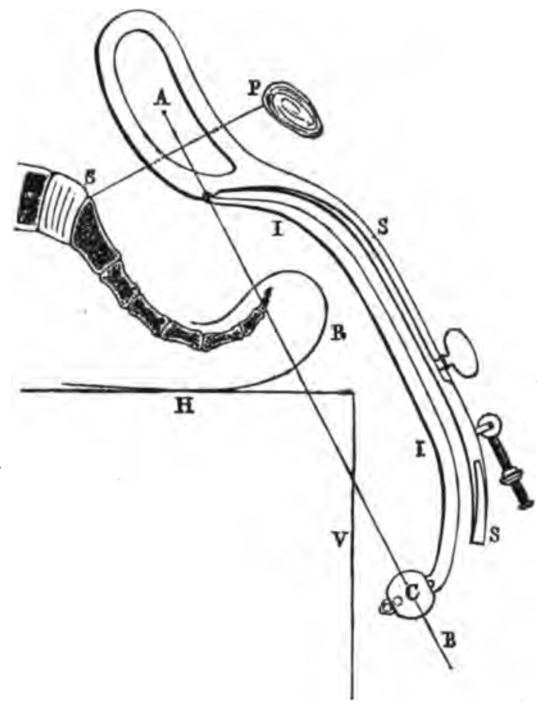


FIG. 1. — Nouveau forceps appliqué au-dessus du détroit supérieur, vu de profil.

AB, Axe du détroit supérieur. Cette ligne représente en même temps la direction des tractions. — A, Centre supposé de la tête. — C, Coupe de la poignée dans laquelle s'implantent les tiges de traction. — II, Tiges de traction. — SS, Branches de préhension. — R, Périnée. — H, Plan horizontal formé par le lit. — V, Plan vertical correspondant au bord du lit.

de plus longues explications sur la construction de ce forceps qui a déjà été décrit dans les *Annales de gynécologie* (1) ; mais il est évident qu'en mettant les mains sur la poignée transversale dont la coupe est réprésentée en C, on peut exactement tirer

(1) *Annales de Gynécologie*, mars 1877, p. 208 et suiv.

suivant l'axe du détroit supérieur et des différentes ouvertures du bassin.

Mon forceps a une courbure qui permet de tirer suivant l'axe du bassin, par *traction directe.* Vous le niez, cher maître, en disant que si mon forceps ne *coupe pas en avant* comme le forceps classique, il *coupe en arrière* (*loc. cit.*, page 163) ; que « l'idée de « tirer, en se servant des mains, suivant l'axe exact, *mathéma-* « *tique*, du bassin au moyen d'un instrument passant par la « vulve, c'est la quadrature du cercle » (*loc. cit.*, page 163).

Regardez, je vous prie, la figure 4, et vous verrez qu'elle démontre géométriquement que mon forceps ne *coupe* pas plus en arrière qu'en avant, mais qu'il tire dans l'axe. Si par hasard j'étais assez maladroit pour mal tirer, j'en serais immédiatement averti par l'aiguille indicatrice dont je parlerai bientôt, et je rectifierais mes tractions. Rien ne m'empêchera donc de donner à mes tractions une direction aussi exacte que celle de l'axe tracé sur la figure 4, et en obtenant ce résultat je serai si près de l'exactitude absolue, que je me consolerai facilement de ne pas avoir tiré suivant l'axe *mathématique.* Je serai, en effet, aussi près de cet axe que, soit dit en passant, les mathématiciens le sont de la quadrature du cercle, car cette quadrature n'est pas autre chose que l'évaluation exacte de la surface du cercle, et si nous supposons un cercle de 2 mètres de diamètre, en prenant pour sa surface 3 m. c., 1415926....., nous aurons la surface de ce cercle à près d'*un dixième de millimètre carré.* Décidément la quadrature du cercle est calomniée par la langue française.

Dans votre argumentation, vous assimilez mon forceps au forceps classique : « Je vous l'accorde, votre forceps n'a pas les « défectuosités du forceps usuel. Il a les défauts contraires » (*loc. cit.*, page 166). Et plus loin vous dites : « vous ne tirez « toujours qu'*à-peu-près* dans l'axe » (*loc. cit.*, page 167).

Permettez, mon cher maître, je n'accepte pas cette assimilation. Il y a ici plusieurs *à-peu-près*, le mauvais et le bon, sans compter les intermédiaires, de même qu'il y a 90 degrés inscrits dans un angle droit. Si nous tirons tous deux par *à-peu-près*, avec vous les tractions s'éloignent de l'axe du bassin

sous un angle beaucoup plus grand qu'avec moi. Ces tractions sont *à-peu-près* irréprochables avec mon forceps, tandis qu'elles sont *tout-à-fait* défectueuses avec le forceps classique.

Pour donner plus de poids à vos objections, vous avez pris la peine d'inventer une machine et de la dessiner. Elle repose sur les trois conditions suivantes: *canal osseux immobile ; centre de rotation immuable ; pièces instrumentales inflexibles.*

Je trouve cette machine excellente pour le bassin que vous avez créé ; mais je ne suis pas de votre avis, lorsque vous dites qu'en dehors des trois conditions énoncées ci-dessus « la re-« cherche d'un instrument destiné à suivre mathématiquement « l'axe du bassin est une chimère. » (*Loc. cit.*, page 165.) Vous savez, en effet, que pour tirer dans l'axe d'un bassin quelconque, il faut tirer successivement suivant l'axe des différentes ouvertures ou sections de ce bassin, et nous commencerons, si vous le voulez bien, par le détroit supérieur. Or, par la pensée, appliquez votre machine sur le bassin représenté dans la figure 4. Si le centre de la tête est arrêté au point A (fig. 4), votre machine, à moins d'être défectueuse, doit tirer d'abord suivant AB (fig. 4), c'est-à-dire suivant l'élément de l'axe du bassin au point A. Mais regardez attentivement la figure 4 et vous verrez que mon forceps tire aussi suivant AB, bien qu'il ne repose pas sur les mêmes conditions que votre machine. Cette démonstration étant vraie pour le détroit supérieur, le serait également pour les différentes sections du bassin et pour l'orifice vulvaire.

Votre machine, quoique très-ingénieuse, ne prouve donc rien contre mon forceps.

En résumé, le forceps classique a l'inconvénient de ne pas permettre à l'opérateur de tirer directement suivant l'axe du bassin ; il inflige, par conséquent, au bassin des compressions nuisibles. Pour remédier à cet inconvénient grave, vous recommandez, cher maître, une manœuvre à laquelle on peut faire trois reproches : d'être complexe au point de vue de la multiplicité des efforts d'extraction ; d'être dangereuse par suite du glissement possible du forceps qui couperait les parties molles ; de faire perdre trop de force. Dans tous les accouchements difficiles, l'utilité que vous attribuez à cette manœuvre ne serait

qu'un leurre; c'est ce que je veux démontrer en étudiant la figure 5.

Supposons que la force nécessaire pour faire avancer la tête suivant la ligne AB, soit de 20 kilogrammes. Admettons encore que vous connaissez parfaitement la direction de cette ligne (axe de l'une des ouvertures du bassin), et que la main avec la-

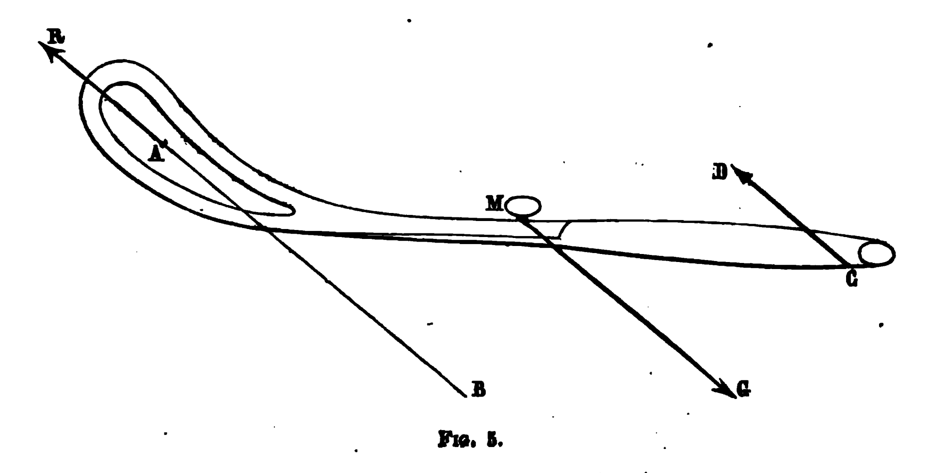


Fig. 5.

quelle vous allez appuyer sur l'articulation du forceps soit au milieu de l'espace compris entre la tête du fœtus et la main qui soutient les manches de l'instrument. Pour faire avancer la tête dans la direction AB et vaincre la résistance AR (20 kilogrammes), il faudra que votre main gauche tire suivant MG, avec une force de 40 kilogrammes, pendant que votre main droite poussera le point C dans la direction CD, avec une force de 20 kilogrammes, si les forces MG et CD sont parallèles à AB. Ainsi, vous serez obligé de pousser, d'une main, avec une force de 20 kilogrammes ; de tirer de l'autre avec une force de 40 kilogrammes. Vous aurez donc dépensé une force de 60 kilogrammes pour vaincre une résistance de 20 kilogrammes, et on peut assurer que cette force sera certainement dépassée, car vous ne pousserez pas et vous ne tirerez pas exactement dans des directions parallèles à AB.

Supputez maintenant la force qu'il faudrait déployer, si la

résistance de la tête était seulement de 40 kilogrammes. Ce serait là un travail herculéen, qui demanderait tant d'habileté et de vigueur musculaire, que tous les accoucheurs, sans exception, échoueraient dans une pareille entreprise.

Au contraire, mon forceps peut toujours agir suivant l'axe du bassin, par traction directe, *en ligne droite*, sans aucune décomposition de forces. Avec lui, il suffit de tirer dans l'axe avec une force de 20 kilogrammes, quand la résistance offerte par la tête est de 20 kilogrammes.

Vous reconnaîtrez, je pense, qu'il est beaucoup plus facile et plus fructueux de tirer en ligne droite avec mon forceps, que d'exécuter votre manœuvre avec le forceps classique.

II.

§ SUR QUEL POINT DU FORCEPS FAUT-IL APPLIQUER LA FORCE DE TRACTION ? — Il est nécessaire d'appliquer la traction le plus près possible du centre de la tête fœtale. M. Chassagny l'a parfaitement démontré. En effet, *pendant les efforts d'extraction*, la tête est fortement fixée contre les parois pelviennes, et le forceps lui adhère, sinon complètement, du moins assez puissamment pour que les cuillers, toutes les fois qu'elles se déplacent, laissent sur le cuir chevelu la trace souvent trop évidente de l'union qu'elles avaient contractée avec la tête. Dans ces conditions, lorsque tout en continuant à tirer, on change un peu la direction primitive des tractions, en les portant soit en avant, soit en arrière, la main de l'accoucheur, placée sur les manches du forceps ou sur son articulation, agit approximativement comme sur un levier tendant à faire basculer, de vive force, la tête qui est immobilisée dans le bassin, et l'action malfaisante de ce levier est proportionnelle à sa longueur.

Au point de vue des compressions auxquelles le bassin est exposé, il est donc très-avantageux d'appliquer la traction, non pas sur les manches du forceps ou sur l'articulation, mais très-

près du centre de la tête fœtale. Cela n'est pas contestable et c'est ce que j'ai réalisé avec mes tiges de traction (1).

A ce premier avantage vient s'en joindre un second : si, *pendant des tractions à direction déterminée*, la tête s'abaisse, elle trouvera d'autant plus de facilité à suivre la courbure antéro-postérieure du bassin que ces tractions, n'ayant pas varié et tendant par conséquent à maintenir la tête dans sa direction primitive, agissent au bout d'un bras de levier moins long. Sous le rapport de la mobilité de la tête, il est donc très-utile d'appliquer les tractions le plus près possible du centre de l'extrémité céphalique. C'est encore ce que j'ai fait, et c'est là un des grands avantages de mon forceps sur le forceps ordinaire.

Avec mon forceps, la tête du fœtus est, il est vrai, emprisonnée entre les deux branches de préhension dont le rapprochement, *effectué par la main*, est maintenu par une vis qui ne peut en aucune façon augmenter la pression. En quoi cette disposition que vous critiquez (*loc. cit.*, page 170) peut-elle gêner la mobilité de la tête fœtale? Cette mobilité est, en effet, assurée par l'articulation des tiges de traction sur les cuillers, et ne varie pas suivant que celles-ci sont plus ou moins serrées.

Laissez-moi compléter ma pensée par une comparaison : Il y a quelques jours, j'allais de Cannes à l'île Sainte-Marguerite. Le bâteau à vapeur sur lequel je me trouvais, remorquait une barque, au moyen d'un câble. Par un hasard singulier, les

(1) Sous ce rapport, mon forceps à tiges de traction est bien supérieur au forceps à poignées mobiles dont j'ai donné aussi la description. Dans celui-ci, je me suis cependant efforcé de rapprocher, autant que possible, du centre de la tête fœtale le point d'application de la traction, soit par un tracteur particulier, soit au moyen de lacs que l'on pourrait d'ailleurs fixer sur les cuillers comme ceux de M. Laroyenne (voir *Annales de Gynécologie,* octobre 1875. p. 281). Dans l'un des modèles de forceps que j'ai fait fabriquer, le tracteur dont je viens de parler était même ajusté sur un bouton supporté par une tige d'acier qui pouvait, à volonté, sortir ou rentrer dans la poignée mobile. De sorte qu'à volonté on pouvait rapprocher ou éloigner de la vulve le point d'attache du tracteur. J'ai appliqué deux fois, sur le vivant, ce forceps et le tracteur à point d'attache variable. (Voir mon mémoire intitulé : *Description de deux nouveaux forceps*).

deux bords de cette barque étaient reliés entre eux par une barre de fer allant de tribord à babord, et terminée à l'une de ses extrémités par une vis et un écrou qui était très-fortement serré, de manière à empêcher les deux flancs de la barque de céder sous la charge qu'ils supportaient. La barque oscillait sur l'eau et exécutait librement, je vous l'assure, des mouvements de roulis et de tangage, exactement comme si la vis, dont je viens de parler, n'eût pas existé.

Mon voyage n'était pas assez long pour m'exposer à tomber entre les mains des anthropophages que vous avez si plaisamment mis en scène (*loc. cit.*, page 163); aussi, je souriais en comparant le roulis et le tangage de la barque, à la mobilité de la tête fœtale; la vis qui réunissait ses deux flancs, à la vis de préhension de mon forceps; le câble du remorqueur, à mes tiges de traction.

J'espère, mon cher maître, vous avoir convaincu que désormais les forceps doivent être construits d'après les deux principes suivants : 1° Courbure telle qu'on puisse successivement tirer directement suivant l'axe des différentes ouvertures du bassin; 2° Application des tractions le plus près possible du centre de la tête. L'association et la réalisation de ces deux principes donnent au forceps des qualités nouvelles dont la valeur est considérable et mathématiquement démontrée.

Répétez d'ailleurs l'expérience suivante : Sur un forceps ordinaire, faites percer un trou sur le bord des deux cuillers, au point A (fig. 6). Fixez dans chaque trou un lacs, AB. Articulez les deux branches et embrassez, avec vos deux mains, les cuillers de ce forceps, de A en C, de telle sorte que les faces palmaires de vos mains représentent pour ainsi dire un canal pelvi-génital. Priez alors un aide de tirer directement sur les manches du forceps, et vous sentirez, d'une part, que vous pourrez facilement maintenir les cuillers et résister à votre antagoniste; d'autre part, que vos mains seront meurtries en avant par le bord concave de l'instrument. Quand, au contraire, vous ferez tirer sur les lacs, dans la direction AB, les cuillers vous échapperont des mains, malgré tous vos efforts, et sortiront sans vous meurtrir les doigts. A quelles causes

faut-il attribuer des résultats aussi différents? A ce que les lacs tirent dans l'axe et sont appliqués sur le bord des cuillers.

Mon forceps repose sur les mêmes principes.

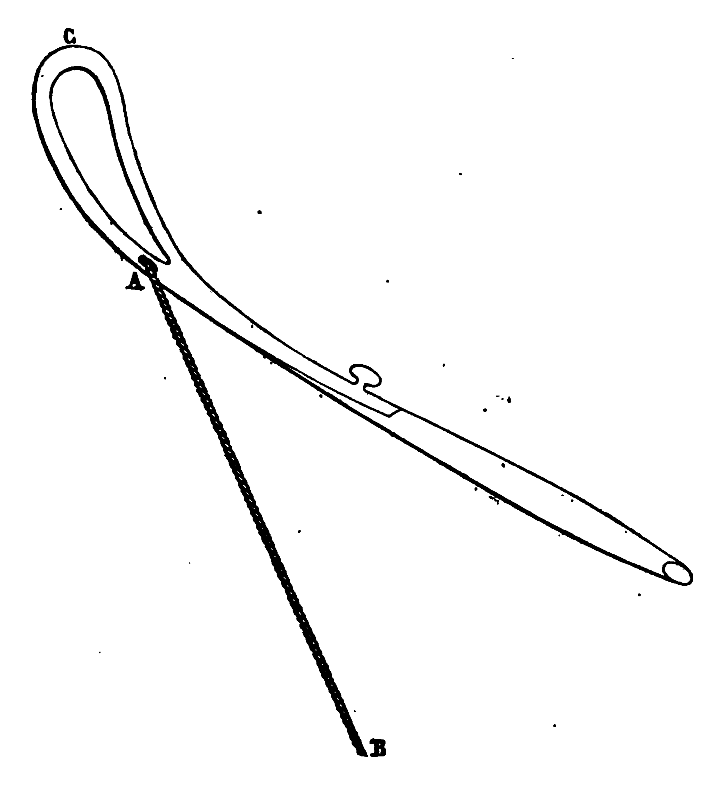


Fig. 6. — Forceps de démonstration.
AB, Lacs de traction. — AC, Espace sur lequel l'expérimentateur doit appliquer ses mains.

III

Comment peut-on doter le forceps d'une aiguille indicatrice qui montre a l'accoucheur dans quel sens il doit tirer? — Dans mon mémoire, j'ai, paraît-il, décrit d'une façon

insuffisante l'aiguille indicatrice de mon forceps, car bon nombre de médecins m'ont demandé des renseignements complémentaires. Les uns s'évertuaient en vain à découvrir dans mon forceps une aiguille semblable à celle d'un baromètre à cadran ; les autres s'imaginaient à tort que cette aiguille était constituée par les tiges de traction. J'ai donc besoin de m'expliquer.

Je suppose qu'une tête de fœtus étant arrêtée au niveau du détroit supérieur, on fixe sur elle l'extrémité empennée d'une flèche métallique à courbure spéciale; que le corps de cette flèche côtoie la paroi antérieure du vagin, passe au-dessous du méat urinaire, sorte de la vulve, se recourbe en bas et en arrière; que son extrémité se redresse et s'éloigne du périnée en suivant la direction de l'axe du détroit supérieur. Il est évident que la pointe de la flèche indique la direction de l'axe de ce détroit et que, pendant l'accouchement, elle indiquera successivement la direction de l'axe des différentes ouvertures qui donneront passage à la tête fœtale.

Remplaçons maintenant cette flèche par un véritable forceps régulièrement appliqué, celui de la figure 4 (page 252). Il est clair que la poignée, C, sera successivement, comme la pointe de la flèche, dans le prolongement de l'axe des différentes ouvertures traversées par la tête fœtale pendant l'accouchement, en admettant que les tiges de traction ne s'écartent et ne se rapprochent pas plus des branches de préhension que ne l'indique la figure 4 (avec ce forceps on est assuré que les branches de préhension, protégées en arrière par les tiges de traction, ne sont pas déviées par la résistance de la partie inférieure de l'orifice vulvaire). Mais si on abaisse les tiges de traction et qu'on les éloigne des branches de préhension, ou si on les relève jusqu'à ce qu'elles arrivent au contact des susdites branches de préhension, il est bien évident que dans ces différentes situations nouvelles, la poignée C ne sera plus dans le prolongement de l'axe de l'ouverture traversée par la tête du fœtus.

Que faut-il donc faire pour être sûr de tirer dans l'axe? Tirer en maintenant, entre les tiges de traction et les branches de

préhension, le petit écartement qui est indiqué dans la figure 4.

En agissant ainsi, on tire dans l'axe, mais bientôt la tête s'abaisse et change de direction. Qu'arrive-t-il alors? Les branches de préhension, obéissant au mouvement exécuté par la tête à laquelle elles sont intimement reliées, s'éloignent aussitôt des tiges de traction. L'écartement anormal qui se produit ainsi entre ces tiges et ces branches avertit l'opérateur qu'il ne *tire plus* dans l'axe (1). Que fera-t-il pour rendre à ses tractions une direction irréprochable? Il relèvera les tiges de traction jusqu'à ce qu'elles aient repris la situation normale qui est indiquée par la figure 4. Voilà, cher maître, comment, sans être habile anatomiste, on peut tirer suivant l'axe du bassin.

Quelle est la partie de mon forceps qui constitue l'aiguille indicatrice? Ce sont les branches de préhension qui se déplacent au fur et à mesure que la tête avance. Comment faut-il faire pour toujours tirer dans l'axe? Maintenir entre les tiges de traction et les branches de préhension un écartement de 1 centimètre environ (voir *Annales de gynécologie*, mars 1876, pages 212 et 213).

Que reprochez-vous, mon cher maître, à mon aiguille indicatrice? De ne pas indiquer autre chose que ce qu'indiquent les branches de l'ancien forceps (*loc. cit.*, page 171). Mais vous n'y avez pas songé, cela est inadmissible, car les manches du forceps classique sont dirigés vers l'Est, quand il faut tirer vers le Sud; ils sont en outre déviés par la résistance de l'orifice vulvaire. De plus, vous mettez les mains sur l'extrémité des manches de votre forceps, comme pour les empêcher d'obéir aux mouvements exécutés par la tête. Que reste t-il de l'aiguille que vous croyez avoir découverte dans le forceps usuel? Rien.

Vous reprochez encore à mon forceps et, par conséquent, à mon aiguille indicatrice constituée par les branches de préhension, de se placer dans une direction différente suivant que la vulve est plus ou moins large (*loc. cit.*, page 170). Je conteste cette assertion. En effet, j'ai dit précédemment que les branches de préhension étaient protégées en arrière par les tiges de trac-

---

(1) Voir *Annales de gynécologie*, mars 1877, pages 212 et 213.

tion; de plus, j'ai fait de nombreuses expériences; j'ai choisi des cadavres à vulve extrêmement étroite; j'en ai pris d'autres à vulve largement ouverte. La courbure de mon forceps est telle que toujours on peut tirer suivant l'axe, sans être gêné par la résistance des parties molles de l'orifice vulvaire. Ce qui fait varier la direction des branches de préhension de mon forceps, lorsqu'il est régulièrement appliqué, ce n'est pas l'étroitesse ou la largeur plus ou moins grande de la vulve, mais la direction de l'axe des différentes ouvertures pelviennes que la tête fœtale franchit successivement pendant l'accouchement, et c'est précisément là ce qui me permet d'avoir une aiguille indicatrice.

Un mot encore, avant de terminer ce qui est relatif à ce sujet. On introduit les branches de mon forceps comme celles du forceps classique; on procède à l'articulation d'après les règles ordinaires; puis on tire à peu près dans la direction de l'axe (ce qui prouve que mon forceps n'est pas fait pour les ignorants); c'est à ce moment et pendant les premières tractions que l'aiguille fonctionne et rectifie l'erreur que l'opérateur a pu commettre dans la direction de ses tractions. L'aiguille de mon forceps ne fonctionne pas tant que l'on ne fait pas de tractions.

CONCLUSIONS.

La plupart des abonnés des *Annales de Gynécologie* n'ont pas lu mon mémoire; aussi, pour être compris d'eux, j'ai été obligé d'entrer dans des explications qui, pour vous, cher maître, auraient été inutiles, parce qu'elles font souvent double emploi avec ce que j'ai dit dans ce mémoire. Excusez-moi donc de vous avoir fait une réponse qui vous paraîtra certainement beaucoup trop longue.

Vous avez, très-cher maître, défendu le forceps classique avec une grande conviction. Mais quels arguments avez-vous fait valoir ? Permettez-moi de les énumérer rapidement.

1° Avec le forceps usuel, on peut, selon vous, faire une manœuvre qui amoindrit les pressions dangereuses qui résulteraient d'une traction directe. J'ai apprécié la valeur de cette manœuvre ; je n'y reviens pas.

2° Vous dites (*loc. cit.*, page 172) : « à part les bassins étroits « et les positions postérieures, dans l'obstétrique usuelle, quand « donc le dégagement est-il si difficile ? » Je réponds par l'une de vos phrases : dans les cas faciles « on peut accoucher les « femmes avec tout, même avec des pincettes, ce qui n'est pas « une raison pour le tenter ». (*Loc. cit.*, page 166). Les accouchements relativement simples ne peuvent donc guère faire apprécier les avantages ou les inconvénients du forceps usuel.

3° Ailleurs vous alléguez que « le forceps permet de tirer dans « tous les cas d'une manière suffisante pour la pratique ». (*Loc. cit.*, pages 168 et 169). Est-ce une raison pour ne pas chercher à faire mieux ? Le fusil à pierre était suffisant avant l'invention du fusil Lefaucheux, sans compter le fusil à aiguille avec lequel vous m'avez visé (*loc. cit.*, page 170).

4° Enfin vous constatez avec satisfaction que, depuis un siècle, des milliers de faits ont démontré l'innocuité du forceps ordinaire (*loc. cit.*, page 174). Cette constatation doit-elle faire renoncer à tout progrès ? Non, car avant la découverte de la navigation à vapeur, les vaisseaux à voile avaient transporté des millions de passagers, et l'on rencontre même quelques officiers de marine qui regrettent encore la vieille voilure et le temps des belles *manœuvres*.

En un mot, en défendant le forceps de Levret, vous n'avez guère invoqué en sa faveur que des circonstances atténuantes ; mais vous n'avez pas parlé de la raison principale qui vous fait accorder tant de confiance à votre *vieux forceps* ; je vais donc la dire. C'est que vous maniez le forceps avec un art sans égal, car j'ai eu deux maîtres dont j'ai toujours envié l'habileté opératoire : P. Dubois et vous.

Quant au nouveau forceps que j'ai décrit, j'ai réfuté vos

objections et, je l'espère, dissipé vos doutes. Je maintiens donc les conclusions de mon mémoire (1).

Je me suis défendu avec une entière liberté, bien convaincu qu'en agissant ainsi je n'amoindrirais pas la bienveillance amicale que vous m'avez toujours témoignée et à laquelle j'attache le plus grand prix.

Recevez, cher maître, l'expression respectueuse de mes sentiments les plus dévoués.

S. TARNIER.

DE LA

RÉPÉTITION DES ACCOUCHEMENTS MULTIPLES

Par le Dr Albert Puech,

Médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Nîmes.

Les accouchements gémellaires ont été maintes fois étudiés et pourtant, en dépit de la fréquence de ces tentatives, leur histoire est, encore aujourd'hui, loin d'être achevée. Les auteurs de traité d'accouchements auxquels incombait naturellement cette tâche, s'y sont dérobés d'un commun accord, et, soit insuffisance dans les recherches, soit difficulté dans la solution, ont négligé d'apporter sur bien des points la lumière désirable. Préoccupés exclusivement de la partie pratique du sujet, ils n'ont pas cherché à combler les lacunes existantes et ont laissé à d'autres le soin d'y remédier.

En attendant le moment désiré où ces lacunes disparaîtront sous les efforts combinés des travailleurs de tous les pays, j'ai voulu apporter mon modeste tribut à cette question intéressante au plus haut degré. Au lieu de l'envisager dans son ensemble comme m'eussent autorisé à le faire les nombreux ma-

---

(1) Voyez aussi *Annales de gynécologie*, mars 1877, page 208.

tériaux que j'ai colligés, je me suis volontairement circonscrit à l'étude d'un point spécial et j'ai été d'autant plus sollicité à le traiter avec soin qu'il a été à peu près totalement délaissé par les auteurs contemporains. Si pour certains d'entre eux cet oubli était forcé, faute d'avoir vu se répéter chez la même femme deux ou trois accouchements gémellaires, il est présumable que pour d'autres plus favorisés, tel n'a pas dû être le motif de leur silence. La fréquence relativement assez grande de ce phénomène me porte à penser qu'ils ont dû en recueillir des exemples dans le cours de leur pratique. Il est seulement probable que ces cas isolés sont restés à l'état de simple curiosité et que pour cette raison, ils n'ont pas eu pour eux l'importance à laquelle ils avaient droit.

Quoi qu'il en soit de la vraisemblance de cette explication, il est un fait incontestable c'est que les auteurs les plus récents, Chailly, Cazeaux, Hyernaux, Joulin, etc., etc., n'en ont parlé en aucune façon. De son côté, Kleinwachter a commis le même oubli; dans sa monographie publiée en 1871, il a passé sous silence l'indication de ce singulier phénomène et pourtant il n'a pas consacré moins de 225 pages à l'étude des grossesses gémellaires, et pourtant il a relevé une foule de particularités encore plus exceptionnelles et étudié notamment l'accouchement des monstres doubles, particularité encore plus rare.

I

Quoiqu'il constitue un fait essentiellement anormal et qu'il soit en fin de compte une véritable transgression aux lois physiologiques de l'ovulation, le détachement de deux ou plusieurs œufs à l'époque menstruelle n'est pas toujours et fatalement un incident isolé dans la vie de la femme. A défaut d'autopsies qui constatent sa répétition d'une façon indéniable, la répétition des grossesses gémellaires chez la même femme est un témoignage assuré de son existence. Par suite d'un privilége inhérent à leur constitution et probablement à la manière d'être

de leurs ovaires, certains individus sont en possession de cette singulière particularité. Sa constatation n'est point même aussi rare que le laisserait supposer le silence des auteurs. Depuis que mon attention a été portée sur ce sujet par la rencontre de quelques cas de ce genre, j'en ai relevé plusieurs exemples dans la littérature médicale et je ne doute pas que des recherches plus étendues ne m'eussent fourni une récolte plus abondante. Pour ne pas donner à ce travail un développement disproportionné avec l'importance du sujet, je me suis à dessein abstenu de dépouiller les recueils anciens et me suis contenté de ce qui a été publié dans ces dernières années. Sans doute, il serait facile d'ajouter aux résultats de mon enquête, mais l'accumulation des détails eût fatigué le lecteur sans accroître l'intérêt de ce mémoire.

Les documents relatifs à cette question essentiellement physiologique, tout en ayant pour trait commun la répétition d'un accouchement multiple, ne sont pas cependant semblables d'une façon absolue. Leur examen comparé permet d'établir des catégories suivant les conditions de primiparité ou de multiparité, la succession médiate ou immédiate des accouchements, et enfin le nombre des fœtus et le nombre de fois que s'est répété le phénomène. Ces divisions, indispensables pour une étude de ce genre, seront naturellement celles que nous suivrons dans cet exposé.

La mère est tantôt primipare et tantôt multipare, et dans l'une et dans l'autre condition tantôt jeune et tantôt relativement âgée.

Le nombre des mères qui débutent par une grossesse multiple est extrêmement restreint, pourtant il l'est moins que ne semblerait l'indiquer la théorie. Sans doute en ce qui concerne les naissances doubles et à s'en référer à mes recherches établies sur la natalité de la ville de Nîmes et non sur la natalité des maternités comme l'ont donné tous les auteurs, les mères primipares seraient aux mères multipares :: 1 : 7, mais malgré la rigueur avec laquelle a été obtenu ce résultat, on ne saurait l'admettre pour exact en ce qui concerne ce cas particulier. A s'en rapporter à mes observations personnelles, le nombre des

mères primipares serait dans l'espèce beaucoup plus élevé et devrait être figuré : : 1 : 5. Ce qu'il y a de positif, c'est que tous ceux insérés dans la littérature dénoncent cette curieuse particularité. Pour s'en tenir à ce que j'ai vu, en 1875, j'ai assisté dans ses couches une femme dont la belle-mère mariée à vingt-sept ans, avait eu à son premier accouchement une fille et un garçon mort-nés et à son second survenu vingt et un mois plus tard (2 novembre 1841), deux garçons qui ont vécu et dont l'un était le mari de la parturiente. A son grand contentement, celle ci n'accoucha que d'un garçon : quant à sa belle-mère qui par son récit maintes fois répété, lui avait inspiré la terreur, elle avait, après les quatre couches doubles, eu quatre couches simples. Quelque temps auparavant, j'avais vu au faubourg des Carmes, une femme originaire de Jonquières qui avait eu une semblable fécondité et à quinze mois d'intervalle avait eu deux couches doubles. Enfin il y a une dizaine d'années, j'ai soigné une boulangère qui avait été encore plus remarquable sous ce rapport : neuf mois après le mariage et à l'âge de vingt-cinq ans elle mit au monde, le 21 août 1863, deux filles qui vécurent une semaine, et le 14 juillet de l'année suivante encore deux filles qui succombèrent aux accidents de la dentition. Bref, ne moins d'un an, ou plus exactement en 327 jours, elle avait eu quatre enfants. Pour le dire en passant, à raison de la date rapprochée des accouchements, de la rapidité de leur succession, c'est le plus curieux des faits qu'il m'ait été donné d'observer.

Plus communément, ainsi que cela a été remarqué au début de ce paragraphe, l'accouchement double est précédé par des couches simples très-rapprochées. J'en consigne plus loin d'assez nombreux exemples : aussi pour ne pas me répéter, je me borne au suivant qui ne figure pas dans ce relevé. Une femme mariée à seize ans avec un boulanger demeurant rue Sainte-Baudile, après deux accouchements simples avorta à quatre mois de deux jumelles. Redevenue enceinte peu après, elle expulsa à sept mois deux jumeaux qui vécurent seulement quelques instants. Elle a eu depuis six accouchements heureux mais simples. A titre de coïncidence curieuse, il est à relever qu'à

peu près à la même époque, sa sœur avait un accouchement double dont les enfants ont vécu.

La répétition est tantôt immédiate comme les faits précédents et quelques autres en témoignent, tantôt médiate, c'est-à-dire qu'entre les deux grossesses sont intervenus des accouchements simples en nombre plus ou moins varié. A s'en référer aux faits sur lesquels est établi ce travail, la répétition médiate dont jusqu'à présent il n'a point été signalé d'exemples constituerait le mode le plus commun, c'est-à-dire celui qui s'observe le plus habituellement dans la pratique. En effet, s'il est des femmes dont la faculté génératrice semble en quelque sorte épuisée par la circonstance d'une gestation double, il en est qui n'éprouvent d'autre suspension que celle amenée par l'allaitement et encore dans la région Méditerranéenne en général et dans le Gard en particulier, plus de la moitié des nourrices sont réglées et beaucoup deviennent enceintes avant le sevrage au grand préjudice du nourrisson. Ce fait, très-fréquent pendant les premières années du mariage, devient dans la suite beaucoup moins commun et a pour conséquence ultime un repos plus prolongé de la fonction ovarienne. La durée variable de ce repos influence-t-elle l'ovulation? a-t-elle quelque effet sur le nombre des œufs qui peuvent se détacher de l'ovaire d'une façon fortuite ou bien périodique? en un mot, prédispose-t-elle aux grossesses multiples? c'est ce qui en l'état présent de nos connaissances ne saurait être affirmé d'une façon positive. A la rigueur, il est possible que cela soit, comme aussi il se peut que toutes ces circonstances restent sans effet sur le mode de l'ovulation.

Quelle que soit la solution que reçoive ce problème, nous pouvions du moins en établir la fréquence en recherchant dans les registres de l'état civil tous les cas de ce genre. C'est dans ce but, que nous avons fait relever les noms, l'âge et la profession, les domiciles, des pères et des mères des jumeaux qui sont nés dans la ville de Nîmes depuis 1790 à 1875 inclusivement et après avoir contrôlé l'exactitude de ces renseignements, nous en avons dressé le tableau suivant. Nous nous bornons à donner ici la première lettre du nom de famille, car les dates relevées suffisent pour vérifier l'authenticité de ce document.

RÉPÉTITION DES ACCOUCHEMENTS DOUBLES

Nos D'ORDRE.	NOMS DES PÈRE ET MÈRE.	Age au 1er acc. double.	DATE des ACC. DOUBLES.	INTERVALLE.	SEXE des JUMEAUX.
1	M..., Edouard, boulanger. R..., Emilie.	28 25	21 août 1863. 14 juillet 1864.	327 jours	féminin. féminin.
2	D..., Jean, tafetassier. D..., Marguerite.	20 23	27 mars 1816. 13 mars 1817.	351 jours.	masculin. mixte.
3	D..., J.-Jacques, agriculteur. C..., Marie.	29 36	30 sept. 1805. 20 sept. 1806.	355 jours.	mixte. mixte.
4	M..., Félicien, boucher. D..., Marie-Thérèse.	29 25	29 sept. 1840. 20 sept. 1841.	356 jours.	mixte. mixte.
5	R..., Jos. blanchis. de coton. B..., Marie.	41 32	8 août 1842. 20 mai 1843.	409 jours.	féminin. mixte.
6	P..., Louis, négociant. G..., Marie.	29 23	8 nov. 1859. 15 février 1861.	15 mois 1/2	mixte. féminin.
7	B..., Pierre, cultivateur. V.., Thérèse.	40 29	26 mai 1842. 15 sept. 1843.	16 mois.	masculin. mixte.
8	E..., ouvrier confiseur. P..., Rose.	29 27	5 déc. 1866. 12 avril 1868.	16 mois 1/2	mixte. féminin.
9	P.-L..., Jules, boulanger. G..., Anaïs.	30 29	20 mai 1855. 17 oct. 1856.	17 mois.	mixte. mixte.
10	B..., Jacques, carrier. D..., Marie.	33 35	24 février 1874. 17 août 1875.	18 mois.	masculin féminin.
11	M..., L.-Simon, tafetassier. B..., Marie, Clair.	» »	14 oct. 1790. 12 avril 1792.	18 mois.	mixte. féminin.
12	S..., Jean, meunier A..., Marie.	30 22	10 nov. 1831. 3 juillet 1833.	20 mois.	mixte. mixte.
13	F..., J.-J.-Ant., négociant. G.., Mira.	33 24	3 février 1854. 18 oct. 1855.	20 mois 1/2	mixte. féminin.
14	B..., Antoine, portefaix. B..., Marie.	27 31	23 mai 1859. 4 mars 1861.	21 mois 1/2	masculin. féminin.
15	De F..., voyag. de commerce. As..., Rosalie.	45 34	16 nov. 1868. 5 oct. 1870.	23 mois.	mixte. féminin.
16	B..., Laurent, tonnelier. G..., Louise.	30 31	19 avril 1817. 23 août 1819.	28 mois.	masculin. féminin.
17	G..., François. M..., Louise.	34 30	2 prairial an VII. 2 j. compl. an IX.	28 mois.	mixte. mixte.

Nos D'ORDRE.	NOMS DES PÈRE ET MÈRE.	Age au 1er acc. double.	DATE des ACC. DOUBLES.	INTERVALLE.	SEXE des JUMEAUX.
18	M..., Joseph, chapelier. GAL..., Cath.,	» »	14 messidor an III 20 frimaire an VI.	29 mois.	féminin. féminin.
19	D..., Joseph, maçon. A..., Marie.	20 27	4 sept. 1840. 4 juin 1843.	30 mois.	mixte. mixte.
20	B..., Aimé, cocher. M..., Marguerite.	» »	21 ventôse an II. 19 ventôse an V.	3 ans.	féminin. mixte.
21	R..., Noël, employé. B.-J..., Louise.	37 32	12 oct. 1861. 20 sept. 1864.	3 ans.	masculin. mixte.
22	Av..., Jacq., cultivateur. R..., Jeanne.	39 25	26 fruct. an XIII. 19 oct. 1808.	3 ans.	masculin. mixte.
23	P..., Ad., cordonnier. J.-M..., Françoise.	39 26	11 déc. 1863. 2 août 1867.	3 ans 1/2.	mixte. masculin.
24	C..., Aug., commis. T..., Marie.	30 28	22 déc. 1847. 9 février 1851.	3 ans 1/4.	mixte féminin.
25	C..., Etienne, jardinier. G..., Anne.	31 29	14 mai 1843. 18 février 1847.	3 ans 1/2.	mixte. mixte.
26	G..., Marc, cultivateur. B..., Marie.	32 25	5 mars 1847. 11 mars 1851.	4 ans.	mixte. mixte.
27	L..., Ant., faiseur de bas. P..., Dauphine (multipare).	» »	30 nivôse an XII. 24 février 1808.	4 ans.	mixte. féminin.
28	B..., Pierre, cultivateur. S..., Jeanne.	34 32	10 nov. 1834. 22 janvier 1839.	4 ans.	masculin. mixte.
29	B..., François, faiseur de bas. S..., Françoise.	28 28	29 germinal an IX 17 messid. an XIII	4 ans.	féminin. mixte.
30	F..., Jean, cordonnier. V..., Catherine.	» »	20 juin 1814. 9 sept. 1818.	4 ans.	féminin. féminin.
31	P..., François, cultivateur. G..., Marie.	24 24	30 juillet 1795. 26 janvier 1800.	4 ans 1/2.	masculin mixte.
32	V..., Antoine, maçon. FAR..., Marg.	35 24	28 mars 1844. 7 nov. 1849.	5 ans.	masculin. masculin.
33	M..., Claude, charretier. D..., Thérèse.	33 33	1er oct. 1858. 28 février 1864	5 ans.	féminin. féminin.
34	G..., Samuel, quincaillier. R..., Alix.	38 29	28 oct. 1865. 11 oct. 1870.	5 ans.	féminin. masculin.

N°s D'ORDRE.	NOMS DES PÈRE ET MÈRE.	Âge au 1er acc. double.	DATE des ACC. DOUBLES.	INTERVALLE.	SEXE des JUMEAUX.
35	B., Pierre, facteur de diligence S..., Marie.	27 26	17 sept. 1835. 6 août 1841.	6 ans.	féminin. féminin.
36	S..., Louis, tafetassier. C..., Rose.	» »	1er nivôse an VIII 3 avril 1806.	6 ans.	féminin. féminin.
37	D..., J.-L., marchand drapier. B..., Rosalie.	29 27	22 fructidor an X. 28 février 1809.	6 ans 1/2.	féminin. mixte.
38	V..., Joseph, cultivateur. Q..., Jeanne.	42 30	19 avril 1867. 14 déc. 1874.	7 ans 1/2.	masculin. mixte.
39	R..., P..., faiseur de bas. T..., Marianne.	36 29	6 déc. 1825. 7 août 1833.	7 ans 1/2.	masculin. féminin.
40	F..., Jean, cultivateur. C..., Anne.	» »	21 déc. 1807. 24 janvier 1816.	8 ans.	mixte. masculin.
41	G..., Ant., cultivateur. C..., Marie.	32 30	29 nov. 1809. 23 janvier 1818.	8 ans.	mixte. masculin.
42	S..., André, maçon. F..., Jeanne.	29 23	27 juillet 1852. 24 mai 1861.	9 ans.	mixte. masculin.
43	F..., Pierre, faiseur de bas. G..., Marie.	33 30	14 août 1822. 6 déc. 1831.	9 ans.	mixte. masculin.
44	V..., Jacq., paveur. TR..., Claudine.	24 22	29 février 1848. 21 oct. 1859.	10 ans 1/2.	féminin. mixte.
45	I..., Mathieu, boisselier. C..., Marie.	35 23	1er déc. 1840. 12 août 1851.	10 ans 1/2.	mixte. féminin.
46	A..., Ant., cultivateur. F..., Joséphine.	25 22	27 mars 1863. 21 août 1874.	11 ans.	féminin. féminin.
47	D..., Ant., tafetassier. M..., Marie.	27 25	20 sept. 1826. 28 avril 1841.	15 ans.	féminin. masculin.
48	R..., Michel, perruquier. P..., Marie-Delphine.	36 25	6 déc. 1844. 18 déc. 1862.	18 ans.	féminin. mixte.

RÉPÉTITION TRIPLE

1	BOISSIER, André, tafetassier. SAVANIER, Marie-Antoinette.	25 23	21 août 1823. 26 avril 1828. 15 nov. 1830.	5 ans. 2 ans 1/2.	mixte. féminin. féminin.

Nos D'ORDRE.	NOMS DES PÈRE ET MÈRE.	Age au 1er acc. double.	DATE des ACC. DOUBLES.	INTERVALLE.	SEXE des JUMEAUX.
2	FABRE, Augustin, cafetier. ANGELRAS, Antoinette.	21 20	25 déc. 1822. 25 sept. 1834. 7 juin 1838.	11 ans. 4 ans.	féminin. masculin. masculin.
	RÉPÉTITION QUADRUPLE				
1	CLAVÉIROLLY, H., imprimeur d'indiennes. ISNARD, Suzanne.	27 25	24 février 1834. 16 mars 1840. 28 déc. 1841. 8 mars 1843.	6 ans. 19 mois. 14 mois.	féminin. masculin. triple fém. mixte.

Ce relevé, qui a coûté un temps infini à dresser, est le seul document qui permette d'établir la fréquence des phénomènes en question. En attendant d'en publier tous les éléments dans un autre travail, nous nous bornerons à consigner ici les quelques notions indispensables à sa compréhension.

Pendant une période de quatre-vingt-six années allant de 1790 à 1875, il s'est effectué à Nimes environ 130,000 accouchements, je me borne à dire environ, car pour les trois années qui ont précédé la création de l'état civil, je ne saurais affirmer que toutes les naissances et mort-nés aient été scrupuleusement enregistrés. Pour dire toute ma pensée, je suis certain du contraire, tant les relevés mensuels offrent de dissemblances, tant il est des personnes qui ont ultérieurement introduit des instances en rectification de leur état civil.

En acceptant pour exacte d'une part, cette base, la seule qui puisse du reste être prise pour point de départ, et de l'autre, le bien établi de mon relevé, cette période aurait fourni pour 1262 accouchements multiples *quarante-huit fois*, une répétition des accouchements gémellaires chez la même femme, ***deux* fois**

une répétition triple et enfin *une* fois une répétition quadruple, c'est-à-dire une femme qui, en moins de dix ans, à eu trois accouchements doubles et un triple. Partant, le phénomène le plus simple, c'est-à-dire la répétition double s'offrirait à l'observation une fois sur 2669 accouchements, la répétition triple une fois pour 65,000 accouchements et enfin la répétition quadruple une fois pour 130,000 accouchements. Cette dernière énonciation est naturellement faite avec une extrême réserve à raison du caractère tout exceptionnel du phénomène.

En ce qui concerne la mère, *neuf* seulement étaient sûrement primipares; mais pourtant je dois ajouter à titre de correctif que pour sept, les renseignements m'ont manqué. Leur âge m'a autorisé à les classer parmi les multipares, mais pourtant je n'oserai avancer que parmi elles quelques-unes n'aient été à leur premier accouchement. Il y a à cet égard, de telles chances d'erreur que je ne saurais être plus franchement affirmatif.

L'âge a été soigneusement relevé, mais pourtant mon tableau offre des lacunes qui ne sont point mon fait, mais celui de l'époque à laquelle a été faite la déclaration de l'accouchement. J'ai autant que possible cherché à les faire disparaître, mais je n'ai pas toujours réussi, car, l'acte de mariage qui eût pu me renseigner à cet endroit fait défaut dans les registres, ce qui peut s'expliquer soit par une union antérieure à l'institution de l'état civil, soit par une union contractée en dehors de notre ville.

Abstraction faite de ces lacunes regrettables, l'âge minimum était vingt ans, l'âge maximum trente-six pour la première couche double. Voici du reste le relevé des âges intermédiaires : trois avaient 22 ans, cinq 23, trois 24, sept 25, deux 26, trois 27, deux 28, cinq 29, quatre 30, deux 31, trois 32, une 33, une 34 et une 35. Lors de la seconde couche double, la plus jeune avait 24 printemps et la plus âgée pas moins de 43; treize en avaient moins de 30 et trente-cinq avaient au delà.

La répétition a été tantôt immédiate comme il en a été cité plusieurs exemples, tantôt interrompue par des accouchements simples. L'hérédité ne paraît pas avoir dans la production du

phénomène une influence bien marquée (1), puisqu'une seule des mères était jumelle; la plupart appartenaient toutefois à des familles remarquables par leur extrême fécondité.

L'intervalle qui a séparé les deux couches a été au minimum de trois cent vingt-sept jours et au maximum de dix-huit ans. Voici du reste un relevé : quatre fois la période intercalaire a été au-dessous d'un an et 13 fois au-dessous de deux ans. De deux à quatre ans il y a eu 11 cas et un même nombre de quatre à six ans, soit 39 cas de onze mois à six ans. Au contraire, de six à dix ans, 10 exemples seulement en ont été observés et 5 de la période comprise entre dix et dix-huit années. Il ressort en conséquence, de ce dépouillement minutieux que plus on s'éloigne du premier accouchement, moins on est exposé à voir se reproduire le phénomène en question.

L'aisance existait dans huit couples seulement; les autres étaient des ménages d'ouvriers vivant au jour le jour.

Envisagés au point de vue de la sexualité, ces accouchements ont été rarement identiques, c'est-à-dire que les secondes couches ont différé des premières par le sexe des enfants, ainsi sur les 48 cas de répétition simple, on en trouve 16 seulement dans lesquels les enfants aient été du même sexe. Les accouchements mixtes, c'est-à-dire composés d'une fille et d'un garçon, prédominent d'une façon marquée et sont au nombre de 43; les accouchements féminins sont au nombre de 34 et les masculins de 19. Partant, la sexualité est ici plus souvent féminine que dans les couches multiples isolées. La prédominance du sexe masculin si notable même dans ces dernières a fait place à une prédominance exagérée du sexe féminin. En effet, quand on relève le sexe des produits dans ces 106 accouchements, on compte 124 filles pour 89 garçons seulement. Il semblerait résulter de ce fait que la répétition des couches multiples favorise la production du sexe féminin.

---

(1) Voir mon article *De l'hérédité des grossesses gémellaires* (*Gaz. obstétricale*, 1876 p. 25).

II.

Avec l'analyse de ce document pourrait être terminé ce travail, mais pour ne pas encourir le reproche de négliger volontairement ce qui a été observé par autrui, je me suis occupé de le compléter par quelques recherches bibliographiques. Cela me fournira l'occasion d'ajouter quelques traits aux détails consignés ci-dessus.

La répétition est tantôt directe et tantôt indirecte; dans le premier cas, le nombre des produits est identique dans les deux accouchements; dans le second, les couches tout en restant multiples varient par le nombre des produits.

Dans le premier mode, qui est en même temps le plus fréquent, le nombre des produits reste identique dans les deux accouchements, c'est-à-dire une grossesse double est suivie, soit immédiatement, soit médiatement, d'une grossesse de même ordre, une grossesse triple d'une grossesse de même ordre ; en d'autres termes, le nombre des produits reste invariable. A raison de son extrême fréquence, la grossesse double est celle qui se répète à intervalles plus ou moins rapprochés ; mais pourtant, la grossesse triple n'échappe pas à la répétition. J'en ai relévé quelques exemples parmi lesquels je citerai celui de Medicus (*Neue Zeitschrift f. Geburtsk.*, t. XII, p. 161). Chez cette femme après quatre accouchements simples, il y eut deux accouchements triples à dix-huit mois d'intervalle.

Dans le second mode qui est moins commun, la répétition, au lieu d'avoir pour objet des grossesses à nombre semblable, porte sur des grossesses multiples, il est vrai, mais de nombre différent. Ici, comme dans les cas précédents, la mère peut être primipare, mais elle est plus souvent multipare ; la première grossesse multiple peut être double, triple et même quadruple et la seconde soit immédiate, soit médiate, être l'une ou l'autre des précédentes.

La forme la plus commune est celle dans laquelle une couche double est suivie d'une couche triple comme l'ont observé

Dunal, Stoltz (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1868, n° 14), Routh (*Trans. of the obs.Soc.London*, 1868, p. 165), Depaul et moi-même (*Des naissances multiples*, Paris, 1873, p. 84).

D'autres fois, l'ordre des facteurs est complètement renversé et la couche triple est suivie d'une couche double. Amand a observé un cas de ce genre. Le 22 octobre 1857, William Wood accoucha une femme d'un garçon et de deux filles, et le 13 octobre suivant, c'est-à-dire onze mois vingt-deux jours plus tard, cette même femme mettait au monde deux garçons pesant réunis 13 livres 2/3, soit 6 livres 13 onces pour le premier et 6 livres 7 onces pour le second (*American Journ. of med. science*, avril 1859, p. 574). Dans mes « *Documents pour servir à l'histoire des grossesses triples* » (*Gaz. de Joulin*, 15 août 1873, p. 330), j'en ai cité quelques exemples. Ainsi, une dame qui habite les environs de Saint-Remy (Bouches-du-Rhône) eut après huit ans de stérilité, une couche triple et douze mois plus tard une couche double. Ce qui se passe à l'égard des couches doubles et triples peut encore avoir lieu pour les couches quadruples et quintuples. Osiander cite une femme qui se maria à 30 ans avec un pauvre vigneron. Au milieu des rudes fatigues nécessitées par les travaux des champs, elle accoucha une première fois de quatre enfants qui moururent au bout de quelques jours et vingt mois plus tard de trois enfants qui ont continué à vivre. La femme dont le docteur Galopin d'Illiers a relaté l'histoire avait eu une couche double antérieurement à sa couche quintuple.

Enfin, en ce qui concerne le nombre des répétitions, il y a de fréquentes variations. La répétition pure et simple est naturellement celle qui s'observe le plus souvent et j'en ai signalé de trop nombreux exemples pour qu'il soit nécessaire d'y insister. Je me borne à citer le fait de Schneider (*Neue Zeits. f. Geburtsk.*, t. IV, p. 243, relatif à une pauvre et faible femme qui enfanta dans la même année quatre enfants : deux jumeaux, en janvier, qui moururent dans la première semaine et deux jumeaux en novembre qui ont survécu.

La répétition triple est déjà beaucoup moins fréquente puisque sur 1262 accouchements multiples il en a été recueilli deux

cas seulement. Dugés a vu une femme qui en trois couches mit au monde 7 enfants.

La répétition quadruple est encore plus exceptionnelle, Smellie, Ryan (*London med. a. surg. Journal*, 1830, t. V, p. 28). Brendon (*Obs. Trans.*, t. XI, p. 201) ont observé quatre accouchements doubles. A raison de sa rareté voici le détail du cas de ce genre qui s'est passé à Nîmes, il y a une quarantaine d'années.

Obs. I. — Madame C..., femme d'un imprimeur d'indiennes, a eu à l'âge de 25 ans une première couche le 24 février 1834, dans laquelle elle mit au monde deux filles. Six ans après, c'est-à-dire le 16 mars 1840, elle accoucha de deux garçons à terme et bien portants.

Le 28 décembre 1841, un peu avant terme, elle accoucha de trois filles, la première se présentait par les pieds et fut facilement extraite; quant aux deux autres, dont la présentation n'est pas indiquée (*Journal de la Soc. prat. de Montpellier*, t. XI, p. 380), elles paraissent avoir été extraites par la version. Toutes trois avaient autour du cou deux tours de circulaire. Le placenta était unique et fut immédiatement extrait. Les trois jumelles reçurent le baptême, mais moururent en moins de huit jours.

Quatorze mois après, c'est-à-dire le 8 mars 1843, nouvelle couche multiple, mais cette fois composée d'un garçon et d'une fille. Le garçon vient par le sommet ; quant à la fille, elle fut extraite par la version. Enfin le 7 février 1845, elle est accouchée d'un gros garçon.

Ce cas extrêmement curieux et qui à ce titre avait été publié mais d'une façon incomplète, n'est pas isolé et a son analogue dans celui que Gaspard Forlan a consigné dans la première décade de ses *Observations rares de Médecine*, publiées en 1769. Une paysanne maigre et très-laborieuse mit au monde onze enfants dans l'ordre suivant : savoir, un dans le premier accouchement, deux dans le second, deux dans le troisième, trois dans le quatrième, deux dans le cinquième et un dans le sixième. Kœhler

(*Starks Arch. f. Geb.*, t. II, 2e partie) cite un cas non moins curieux, mais à un autre point de vue. Une femme de 29 ans, après quatre couches simples, a eu ensuite quatre couches gémellaires dont chaque fois l'un des enfants était mal conformé.

La répétition quintuple est encore plus rare et l'état civil de Nîmes qui remonte à plus de quatre cents ans n'en renferme pas un seul exemple. Pour ma part je n'en connais qu'un exemple. Une femme de trente ans eut en six ans de mariage dix enfants : dans la première couche elle mit au monde deux filles mort-nées, onze mois plus tard deux garçons vivants, quinze mois après deux filles, dix-sept mois après deux garçons et enfin vingt-neuf mois après deux autres garçons. *Dickson Med. Tim. a. Gazette*, 20 july 1867.)

Au reste il existe des faits encore plus curieux, mais pour ne pas fatiguer le lecteur par une plus longue énumération, je donne la traduction du suivant.

OBS. II. — Femme ayant onze accouchements doubles et trois accouchements simples.

Mistress J., âgée de 47 ans, a eu sa première grossesse à 25 ans. Elle a eu en tout quatorze grossesses et a engendré vingt-cinq enfants; elle a eu par conséquent onze accouchements gémellaires. Pour abréger nous résumons les renseignements qui lui sont relatifs sous forme de tableau.

1839	9 sept.	Accouchement mixte à terme.	Présentation du sommet pour les deux enfants.
1840	juillet.	Filles expulsées au 4e mois.	
1841	12 juillet.	Garçon expulsé à terme.	Présentation du sommet.
1842	22 nov.	Garçon à terme.	Id.
1843	juillet.	Accouch. mixte au 4e mois.	Non observé.
1844	21 juillet.	Accouchement mixte à terme.	Présentation du sommet pour les deux enfants.
1845	3 juillet.	Id.	Id.
1847	10 avril.	Id.	1 prés. des pieds, 2 sommet
1849	26 juillet.	Garçon à terme.	Présentation du sommet.
1851	24 juillet.	Acc. de deux filles à terme.	1 sommet, 2 pieds.
1852	7 mai.	Id.	1 siége, 2 pieds.
1853	3 août.	Fille à terme.	Sommet.

1854	17 août.	Deux garçons à terme.	Présentation du sommet.
1855	17 nov.	Garçon à terme et un avorté en avril.	Id.
1857	7 avril.	Accouchement mixte à terme.	1 pied, 2 sommet.

Ce cas d'accouchement répété a été présenté à la Société obstétricale d'Edimbourg par Lewis Brittain. (*Edinburgh med. Journal, nov.* 1862, n° 89.)

Enfin il existerait un cas encore plus extraordinaire, mais qui malheureusement est relaté d'une façon anecdotique. Une femme de Jatavie eu Bohême, nommée Dolorés Viner, a eu en trente-trois ans de mariage 48 garçons, elle aurait eu *huit* accouchements quadruples ; les autres ont été doubles ou triples. *Lyon medical* t. VIII p. 420).

Quel que soit le jugement que l'on porte sur ce dernier fait, la réalité du phénomène ne saurait être mise en question, aussi sans insister davantage et vouloir épuiser la matière je passe à l'explication qui peut en être donnée.

III.

Pourquoi des femmes ont des couches toujours simples, pourquoi d'autres ont des couches multiples répétées, c'est ce qu'il est facile de s'expliquer par le mécanisme différent de la ponte simple chez les unes et multiple chez les autres. Mais à quoi tiennent ces variations de la ponte, c'est ce qu'il n'est point aisé de préciser pour deux raisons : la première c'est qu'on n'a aucune autopsie de femmes ayant eu plusieurs couches répétées, la seconde c'est qu'on ne possède sur leur compte aucun renseignement tant soit peu détaillé, les auteurs s'étant toujours contentés de signaler le phénomène sans entrer dans les détails qui eussent pu servir à l'expliquer. Etudiant cette question depuis longues années, j'ai cherché à l'éclairer par l'étude minutieuse des quelques femmes ainsi douées qu'il m'a été donné d'examiner et je suis arrivé à cette conclusion : c'est que la répétition des

accouchements multiples tient à l'existence d'ovaires démesurément développés.

Cette conclusion, basée sur l'examen de quelques femmes, est fortifiée par cette notion empruntée à l'anatomie comparée, c'est que l'ovaire d'un animal pluripare est à taille égale toujours plus volumineux que celui d'un animal unipare. En dépit de la différence de volume, la truie a les ovaires aussi développés que la vache; mais celle-ci ne porte communément qu'un veau alors que celle-là engendre de six à quinze porcelets à chaque ventrée. On peut vérifier encore l'exactitude de cette notion chez des individus appartenant à la même espèce, mais provenant de races différentes ; par exemple, la brebis barbarine a les ovaires plus étendus en surface que la brebis commune, et parmi ces dernières, les individus qui donnent deux agneaux à chaque part, ont ces organes plus volumineux.

On peut objecter il est vrai à cette tentative d'explication qu'un ovaire moyennement développé compte trois à quatre cent mille œufs, et que, partant, un peu plus ou un peu moins d'étendue ne change rien à la situation. Cette objection est plus spécieuse que solide, car ces œufs dont le microscope relève des myriades ont une existence singulièrement aléatoire puisque la consommation totale en est tout au plus de 450 à 500 pour la durée de la vie sexuelle de la femme. A ce compte l'ovaire serait trop volumineux et devrait être réduit en surface ; or, les faits que j'ai réunis dans ma monographie sur *les ovaires et leurs anomalies* démontrent qu'alors qu'il est petit l'ovulation disparaît, et pourtant dans les cas auxquels il est fait allusion les œufs existent en nombre relativement suffisant pour peupler une ville.

En résumé, en attendant de nouvelles découvertes, l'existence d'ovaires plus développés, à fonctions plus énergiques, paraît être l'attribut des femmes sujettes à de fréquentes grossesses multiples. C'est du moins la conséquence logique qu'il est permis de déduire de mes recherches tant d'anatomie humaine que d'anatomie comparée.

CONCLUSIONS.

1° Les accouchements multiples peuvent s'observer chez la même femme, deux, trois, quatre, cinq, six fois et même davantage.

2° Plus il y a d'enfants à chaque couche, moins il y a chances de répétition et plus il y a eu de répétitions moins le fait est fréquent.

3° Ces données fournies par la littérature et l'observation journalière sont confirmées par la statistique. Sur 1262 accouchements multiples effectués de 1790 à 1875 dans la ville de Nîmes il y a eu 48 fois une répétition double, deux fois une triple et une fois une quadruple. Partant, en tenant compte des mort-nés, on a une répétition double pour 2,669 accouchements, une triple pour 65,000 et une quadruple pour 130,000.

4° Les mères étaient primipares neuf fois seulement. Lors de la première couche double, la plus jeune avait 20 ans, et la plus âgée 36; lors de la seconde couche double, la plus jeune avait 24 ans et la plus âgée 43.

5° La répétition est tantôt immédiate et tantôt médiate, c'est-à-dire interrompue par des accouchements simples ; elle est tantôt directe et tantôt indirecte, c'est-à-dire constituée par des couches multiples mais variant par le nombre des produits.

6° L'intervalle existant entre les deux couches multiples est très-variable ; il a été au minimum de 327 jours et au maximum de 18 ans. En somme, il a été moindre de deux ans 17 fois, moindre de quatre ans 11 fois, moindre de six ans 11 fois. Entre six et dix ans on en a relevé dix cas et cinq entre dix et dix-huit ans.

7° Les accouchements sont rarement semblables au point de vue du sexe des enfants, et ceux composés d'un garçon et d'une fille ont une prédominance marqué sur les autres.

8° La sexualité a été plus souvent féminine que dans les couches multiples isolées; il y a même une prédominance tout

à fait anormale puisqu'on a compté 124 filles pour 89 garçons.

9° La répétition des accouchements multiples paraît tenir à l'existence d'ovaries démesurément développées.

SUR LE DÉVELOPPEMENT ET L'HISTOLOGIE COMPARÉE DE LA MAMELLE

Par le Dr De Sinéty

(Travail communiqué à la Société de Biologie, le 27 janvier 1877).

Depuis les expériences d'Eckhard (1) sur l'action physiologique des différents faisceaux nerveux qui se rendent à la mamelle, aucun travail important n'avait paru sur cette question.

L'année dernière, Rœhrig (2) a publié, dans les Archives de Virchow, le résultat de ses recherches sur ce point intéressant de la physiologie.

Rœhrig, ainsi qu'Eckhard, qui ont expérimenté principalement sur la chèvre, ont trouvé que, chez cet animal, il y a une branche nerveuse dont l'excitation amène l'érection du mamelon.

De mon côté, j'avais fait un certain nombre d'expériences sur les nerfs mammaires, en prenant le cobaye comme objet d'étude. Les quelques résultats que j'avais obtenus ne m'avaient pas paru assez concluants et assez nets pour être publiés. Cependant, j'avais été frappé de ce fait, que, ni l'excitation des nerfs mammaires, ni l'excitation directe, ne produisaient chez le cobaye, cette espèce d'érection du mamelon, qu'on observe

---

(1) Die Nerven der Weiblichen Brustdrüse und ihr Einfluss auf die Milchsecretion. Beiträge zur Anatomie und Physiologie. von Eckhard. Giessen, 1858. Erst. B.

(2) *Archives de Virchow*, 1876, t. 67, p. 119.

d'une façon constante et si évidente chez la femme et chez la chèvre d'après Eckhard (1) et Rœhrig.

Ce phénomène, que l'on a désigné sous le nom de thélothisme et qui se produit sous l'influence d'une excitation mécanique quelconque, débute ordinairement, chez la femme, par la périphérie de l'aréole (2), pour gagner peu à peu le mamelon.

N'ayant jamais, je le répète, rien pu observer de semblable chez le cobaye, j'ai voulu rechercher quelles étaient les différences anatomiques correspondant à ces différences physiologiques.

On sait que, chez la femme, le mamelon est traversé par un certain nombre de canaux galactophores, variable selon les sujets. Ces canaux, revêtus d'un épithélium cylindrique, sont entourés de faisceaux musculaires à direction verticale et horizontale. J'ai déjà eu l'occasion d'insister sur cette disposition, à propos de certains cas de rétraction du mamelon (3). Chez le cobaye, en étudiant des coupes successives du mamelon, on voit, au moins dans sa partie inférieure (l'animal étant supposé sur ses quatre pattes), que cet appendice ne donne passage qu'à un seul conduit galactophore. Ce conduit est revêtu d'une couche d'épithélium pavimenteux stratifié, semblable à l'épithélium cutané. Au-dessous de cet épithélium, on observe une série de dispositions papillaires, rappelant celles de la peau, quoique un peu moins développées. Ici, les fibres musculaires sont rares, irrégulièrement disséminées et non réunies en faisceaux. En outre, elles ont toutes une direction plus ou moins horizontale. Je n'en ai pas rencontré ayant une direction longitudinale.

Le petit nombre des fibres musculaires nous donne donc

(1) Eckhard, *loc. cit.*, p. 18.

(2) La signification du mot *auréole* me paraît mieux appropriée dans ce cas-ci que celle du mot *aréole*; mais ce dernier étant généralement adopté par tous les anatomistes, j'ai continué à l'employer. Chaussier et Duval se sont servi de préférence du premier.

(3) Comptes-rendus de la Société de Biologie, 1876.

déjà l'explication de l'absence de thélothisme. On observe aussi dans certaines parties du mamelon quelques glandes sébacées. En se rapprochant de la base de ce mamelon, les coupes ne présentent plus le même aspect. Ici, les fibres musculaires sont plus nombreuses, et on voit plusieurs canaux de différent diamètre, tapissés d'épithélium cylindrique, plissés et revenus sur eux-mêmes, comparables à ceux que l'on observe dans le mamelon chez la femme et chez la chienne. Au centre se trouve un canal dépassant de beaucoup le diamètre des autres. Ce canal, ainsi que les plus petits qui l'entourent, va en s'élargissant et reçoit ensuite les canaux secondaires provenant des nombreux lobes de la glande mammaire. Plus les coupes portent sur des parties profondes, et plus on voit, de nouveau, disparaître les fibres musculaires. Si l'on compare cette description à ce que nous connaissons de la mamelle de la femme, il est évident que le mamelon du cobaye, au moins dans son tiers inférieur, n'a pas de partie qui lui corresponde chez la femme. Ce qui, pour elle, représente le mamelon et l'aréole est situé beaucoup plus profondément chez le cobaye.

On sait qu'il existe chez la femme, disséminées sur la surface de l'aréole, un certain nombre de petites saillies, désignées sous le nom de tubercules de Montgomery. L'augmentation de volume que subissent ces tubercules sous l'influence de la grossesse est donnée par tous les auteurs comme un signe souvent utile pour le diagnostic de cet état physiologique. Ces espèces de petits mamelons accessoires correspondent tous à une ou plusieurs glandes dont ils contiennent le canal excréteur. Ces glandes elles-mêmes sont de trois sortes. Tantôt des follicules sébacés, simples, tantôt des glandes sébacées divisées en plusieurs lobes; enfin, et c'est là surtout le point intéressant, de véritables glandes mammaires isolées, produisant du colostrum et du lait parfait sous les mêmes influences que la glande principale. L'existence de ces glandes et leur nature avaient été très-bien démontrées en 1861 par M. Duval (1) dans une excellente thèse sur ce sujet. Cependant quelques auteurs les ont

(1) Duval, *Du mamelon et de son auréole*, thèse de Paris, 1861, p. 48.

niées pendant longtemps, et il existe, dans la situation de ces glandes, une cause d'erreur dont je me suis rendu compte en en faisant l'étude histologique. Tandis que les glandes sébacées sont placées superficiellement, les glandes lactées sont disséminées très-profondément dans le tissu cellulaire lâche que l'on rencontre au-dessous de l'aréole. Si bien que, si on fait des coupes de l'aréole seule, sans y comprendre le tissu cellulaire lâche sous-jacent, on ne rencontre jamais que les canaux excréteurs des glandes. Aujourd'hui, du reste, l'existence de ces glandes est admise, je crois, par tous les anatomistes et j'ai eu l'occasion de constater, qu'au point de vue histologique, elles ne diffèrent en rien de la glande principale. Chaque petite glandule est formée d'un certain nombre de lobules tapissés d'un épithélium cubique sécréteur, qui passe à l'état d'épithélium cylindrique, c'est-à-dire beaucoup plus allongé, quand il gagne les canaux excréteurs. Sur le trajet de chaque canal excréteur, on observe une dilatation ampullaire, semblable à ce que l'on a décrit sous le nom de sinus, pour la glande principale. Ces espèces de réservoirs expliquent comment on peut faire jaillir le lait, quand on presse les tissus entre les doigts, au-dessous du point où ils sont situés.

Des faits, se rapprochant de ceux dont j'ai parlé à propos du cobaye, ont déjà été signalés par Huss (1) et Gegenbauer chez les ruminants, et par Puech (2), dans un travail publié l'année dernière sur les anomalies de la mamelle.

D'après ces auteurs, à une certaine période de la vie embryonnaire, on voit se produire, autour de la mamelle rudimentaire, un épaississement de l'épithélium cutané, formant un rebord circulaire. Chez le fœtus humain, ce bourrelet ne continue pas à se développer, tandis que chez le veau il augmente de volume et constitue plus tard le pis de la vache.

Je n'ai pas fait l'histologie de la mamelle de la vache ; mais,

---

(1) Huss, Beiträge zur Entwickelung der Milchdrüsen bei Menschen und Wiederkaüern. Zenaische Zeitschrift für Medicin und Naturwinenschaften, 1873. Anal. dans le Jahresbericht, 1874, t. I, p. 88.

(2) *Les mamelles et leurs anomalies*, par le Dr A. Puech. Paris, 1876, . 9.

d'après la description qu'en donne Huss, la mamelle du cobaye semblerait être une forme intermédiaire entre la mamelle des ruminants et celle des carnassiers, du chien en particulier et de l'homme.

Je rappellerai seulement ici que Gegenbauer a considéré la poche des marsupiaux comme le point de départ du mamelon des ruminants. Les vues transformistes de cet auteur, quoique peut-être un peu hypothétiques, n'en sont pas moins très-intéressantes relativement à l'anatomie générale.

Nous résumerons les faits contenus dans cette note, en disant que :

1° Le mamelon du cobaye a une signification morphologique toute spéciale et n'est analogue à aucune des parties de la mamelle de la femme adulte.

2° Les parties qui, chez la femme, représentent l'aréole et le mamelon, sont situées, chez le cobaye, à la base de cet appendice et recouvertes par lui.

On voit ici, une fois de plus, combien, d'une espèce à l'autre, un organe, en apparence semblable et désigné sous un même nom, peut différer complètement, aussi bien au point de vue morphologique qu'au point de vue de ses propriétés physiologiques (1).

---

(1) Dans un travail publié tout récemment sur l'anatomie comparée du placenta, Ercolani a décrit des faits du même genre pour le placenta du cobaye Si l'on observe une coupe transversale, comprenant l'utérus et le placenta d'un cobaye arrivés à peu près au terme de la gestation, on voit que cet organe se compose de deux parties essentiellement distinctes. Pour Ercolani ces deux parties ont, peut-être, un rôle physiologique séparé, en rapport avec leur différence de structure. L'une servant à la nutrition et l'autre à la respiration du fœtus. Mais, ce qui est bien plus intéressant, la partie profonde du placenta, c'est-à-dire la plus rapprochée des parois utérines, présente le type du placenta cotylédonaire des ruminants, tandis que la partie la plus superficielle, la plus voisine du fœtus, rappelle la structure du placenta des carnivores. L'étendue de cette note ne me permet pas d'entrer dans des détails histologiques au sujet de ces différentes parties. J'ajouterai seulement que j'ai eu l'occasion de vérifier, chez le cobaye, l'exactitude de la description, donnée par le professeur de Bologne, dans son intéressant travail. Il semble donc que le placenta du cobaye soit une forme intermédiaire entre le placenta des ruminants et le placenta des carnivores. Il m'a paru intéressant de rapprocher ces faits de ceux que j'ai observés pour la mamelle de ce même animal.

REVUE DE LA PRESSE

RAPPORT SUR LES PROGRÈS DE LA GYNÉCOLOGIE EN 1875

Par Paul Mundé

(*Résumé par le* Dr A. Cordes (*de Genève*).

(Suite et fin.) (1)

L. Rogers (de Sandy-Hill, Pensylv.)(*Cincinnati Lancet and obs.*)rapporte un cas intéressant d'hermaphrodisme male. Mlle R..., Allemande d'origine, âgée de 38 ans, ayant toujours passé pour une femme, consulta pour la première fois un médecin à cause d'une sensation de quelque chose qui avait cédé dans le bassin. L'examen fit reconnaître des organes génitaux externes normaux en apparence, sauf que la place du clitoris était occupée par un pénis de 78 millimètres de long à l'état de repos, attaché au point de réunion supérieur des petites lèvres par une membrane, au-dessous de ce pénis, perforé et conduisant dans la vessie, était l'urèthre féminin, qui paraissait communiquer avec une autre vessie. Le vagin admettait à peine un cathéter; il était aisément dilatable, et se terminait en cul-de-sac; il n'y avait pas d'utérus, et la malade n'avait jamais été menstruée. On trouva dans le vagin une petite tumeur polypoïde, pourvue d'un long pédicule, près de la racine du pénis. Sur la demande de la malade, cette tumeur fut enlevée; elle ressemblait beaucoup à un testicule et pesait 16 grammes. Son pédicule était constitué par une artère et un bouquet de veines tortueuses.

La colporrhaphie postérieure de Simon (de Heidelberg), pour la procidence utérine et vaginale, — enlèvement d'un lambeau en forme de V de la muqueuse, pris sur la paroi postérieure, la pointe dirigée vers le col et réunion par des nombreuses sutures, — a été exécutée trois fois, l'année dernière, à New-York, deux fois par W.-T. Lusk, à l'hôpital Bellevue, une fois par moi. Le résultat des cas de Lusk fut excellent; dans le mien, la cystocèle rend une seconde opération nécessaire.

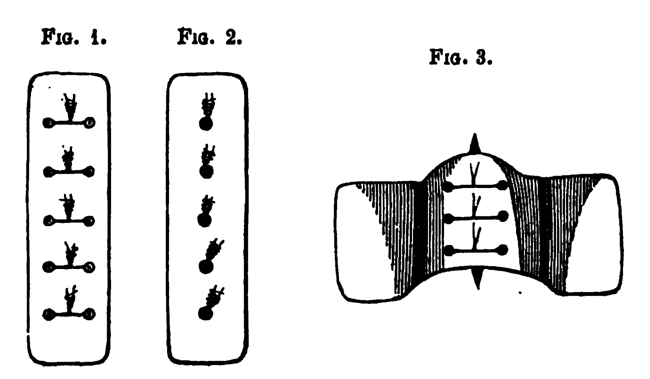
(1) Voir les numéros de novembre et décembre 1876, de janvier, février et mars 1877.

Peu de modifications ont été introduites et essayées, à l'hôpital des femmes de New-York, l'année dernière.

Thomas s'est efforcé de triompher de l'insuccès fréquent de l'opération pour la déchirure du col ; tous ces essais ont pour but d'assurer une adaptation plus exacte et plus durable des bords de la plaie, et d'écarter une trop grande tension des sutures. Il a, pour cela, employé trois plans différents :

1° Avant d'ouvrir les bords de la déchirure, il passe deux larges fils d'argent à travers toute l'épaisseur du col de chaque côté de l'orifice qu'il se propose d'obtenir, il glisse un bouton de porcelaine, percé de deux trous, sur les deux fils, de chaque côté; il les coule jusque sur la muqueuse; puis il tord les deux fils de chaque côté, et rapproche ainsi la lèvre antérieure et la postérieure. Les quatre longs fils servent à guider et à fixer le col pendant qu'il avive les bords de la déchirure, et pendant qu'il passe et tord les fils; ces deux temps sont ainsi beaucoup facilités. Après l'opération, les fils sont coupés près des boutons; ces derniers ne sont enlevés qu'après que les sutures latérales ont été enlevées elles-mêmes, et que la réunion s'est faite. Un autre avantage de ce procédé c'est qu'on évite d'empiéter sur le col normal;

2° Pour éviter la tension des fils, et empêcher qu'ils ne coupent, il s'est servi de la plaque représentée dans a fig. 1. C'est une simple feuille de plomb, coupée et percée sur place pour chaque cas. Les chefs de chaque suture sont passés à travers les deux trous de la plaque, et tordus. On comprend aisément comment la tension est


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

ainsi diminuée, ce qui se comprend moins facilement avec la plaque de Bozeman (fig. 2) dans laquelle *les deux* fils sont passés à travers *le même* trou, puis tordus. La figure 3 montre un autre appareil pour assurer une adaptation exacte et profonde des lèvres de la plaie, et pour éviter la tension des fils. C'est encore une feuille de plomb; on

peut augmenter ou diminuer la distance des surfaces de la plaie en rapprochant ou en éloignant les bords de cette feuille flexible. Après avoir conçu un grand espoir dans ces inventions, Thomas en est revenu, il vient de me le dire, à l'ancienne suture interrompue, ayant trouvé que, après tout, ses résultats n'étaient pas meilleurs, et que la différence compensait à peine le surcroît de travail qu'elles donnaient. Je n'en aurais pas parlé, si je ne les avais pas trouvées fort ingénieuses, et si je n'avais pas cru que, dans certains cas difficiles de lacération du col ou de fistule, elles pouvaient avoir quelque avantage.

Fig. 4.

URÈTHRE.

COL.

Emmet m'informe qu'il a modifié son opération pour la cystocèle dans les cas où le tissu vaginal, trop abondant, sort encore de la vulve derrière l'urèthre, après l'ancienne opération; il avive deux lambeaux de la muqueuse, depuis l'angle antérieur de l'avivement original jusqu'aux branches descendantes du pubis, et réunit les deux bords de ces surfaces, au moyen de sutures (fig. 4). Les surfaces avivées, avant l'union des sutures, ressemblent à une croix de Saint-André. Ce procédé accomplit son but en tendant la portion sus-pubienne du vagin.

Le seul ouvrage écrit sur les maladies des femmes, qui ait paru en 1875, est l'édition en langue anglaise du volume X de l'*Encyclopédie de Ziemsen*, par Carl Shröder, autrefois à Erlangen, actuellement professeur d'obstétrique à Berlin, dans la chaire laissée vacante en décembre dernier, par la mort du regretté Edouard Martin. Les qualités de ce livre, les points sur lesquels il surpasse nos ouvrages classiques, — l'étiologie et la pathologie, — et ceux sur lesquels nous l'emportons, — l'histoire clinique et la thérapeutique, — ont été discutés dans les journaux. Il est inutile de les rappeler, d'autant plus que ce volume est entre les mains de la plupart des médecins. Je regrette, pour ma part, de ne pouvoir adresser autant d'éloges à ce second effort de Schröder, que j'en ai fait, il y a quelques années, à son premier ouvrage, son incomparable *Manuel d'obstétrique.*

Sous les auspices de la Société *gynécologique* de Berlin, branche de la Société obstétricale de la même ville, un nouveau journal a fait son apparition, dans l'été de 1876, la *Zeitschrift für Geburtshülfe und Frauenkrankheiten*, éditée par E. Martin et H. Fasbender. Deux numéros seulement avaient paru, — ce journal paraît à des intervalles inégaux, — tous les deux contenant de nombreux articles intéressans, le second particulièrement, lorsque son éditeur en chef Martin succomba. Qui prendra la direction de ce journal? Se maintiendra-t-il au point où il était monté? L'avenir nous le dira.

A la tête des recherches qui ont progressé pendant l'année dernière, doit être le chapitre qui forme l'introduction, presque le noyau de ce rapport, la structure normale de la muqueuse utérine, avant, pendant et après la menstruation, la nature de cette fonction et ses rapports avec l'ovulation.

En second lieu, dans mon estimation, vient le traitement des fibroïdes utérines, par l'ergot, l'enucléation, la traction, surtout par la gastro-hystérotomie à laquelle son résultat (6 guérisons sur 4 opérations, ou 66 2/3 p. 100) paraît promettre un àvenir brillant.

Troisièmement, le toucher vésico-vaginal et vésico-rectal, et la popularité croissante qui accueille le traitement des maladies uréthrales et vésicales de la femme par la dilatation de l'urèthre et les applications topiques.

Quatrièmement, l'importance que tend à prendre dans l'opinion, la santé des femmes; l'aveu de sa valeur, surtout si elle est aidée par la pression pneumatique, dans le traitement des déplacements utérins.

L'identité de ces trois premiers points avec ceux que rappelait mon rapport de 1874, prouve que la gynécologie a fait des progrès pendant l'année dernière, plutôt en continuant d'anciennes recherches et en perfectionnant des méthodes connues, qu'en faisant de nouvelles découvertes. Espérons que cette année, pleine de brillantes promesses, ouvrira dignement le deuxième siècle de la gynécologie américaine, et enrichira notre spécialité de nombreux travaux originaux, venus de toutes les parties du monde.

REVUE CLINIQUE

INFILTRATION SANGUINE DES MEMBRES INFÉRIEURS; ECCHYMOSES CUTANÉES, PURPURA, COÏNCIDANT AVEC UNE SUPPRESSION MENSTRUELLE.

Par le Dr Ledouble (de Tours),
Ancien interne des hôpitaux. — Lauréat de la Faculté.

E. L..., âgée de 25 ans, vient me consulter, le 17 octobre 1876, pour une suppression de règles datant de deux jours. Bonne santé habituelle; excellente constitution. Pas de maladies sérieuses antérieures, cheveux noirs, visage coloré, aucune fièvre.

Le premier jour de ses règles, en lavant du linge, elle trempa ses

pieds dans l'eau froide. Dans la soirée, malaise, céphalalgie, vertiges, pesanteur dans les aines et dans les cuisses; suppression de la menstruation vers 10 heures du soir.

Pendant la nuit, douleurs vives dans les membres inférieurs, sans localisation précise, gêne dans les mouvements, roideur de l'articulation du cou-de-pied gauche.

Le lendemain matin, les douleurs diminuent d'acuité en même temps que les pieds et les jambes augmentent de volume; dans la journée, une série de plaques érythémateuses apparaissent simultanément sur la face interne des deux jambes.

Quand je vis la malade, son état était le suivant :

La face dorsale des pieds, les jambes, les cuisses jusqu'à cinq travers de doigt au-dessus de la rotule étaient couvertes de plaques ecchymotiques foncées, plus ou moins larges, de formes variables, limitées par des bords sinueux et dentelés. Dans l'intervalle de ces plaques se trouvait un grand nombre de petites taches arrondies, d'un rouge noirâtre, se détachant nettement sur le fond blanchâtre des téguments restés sains. Ces ecchymoses et ces pétéchies ne s'accompagnaient d'aucune sensation morbide du côté de la peau; elles s'étaient formées et étendues très-rapidement. Les douleurs dans les membres avaient presque cessé. Les deux jambes étaient à peu près doublées de volume; ce gonflement était très-dur; il ne conservait pas l'empreinte du doigt, même lorsqu'on appuyait très-fortement. Appétit bon. Rien au cœur, ni aux vaisseaux. Rien dans la poitrine. Aucun obstacle à la circulation dans les artères ou dans les veines de l'abdomen et des membres inférieurs.

Supposant que ces accidents étaient provoqués par l'aménorrhée, je résolus tout d'abord de rappeler les règles. Dans ce but, je fis appliquer des sinapismes sur les seins et je prescrivis une potion avec 2 grammes d'éther à prendre de deux heures en deux heures.

Le lendemain, les règles réapparaissaient et, dès ce moment, une amélioration sensible ne cessa de se montrer. Les jambes reprirent peu à peu leur volume et leur consistance habituels, les mouvements redevinrent faciles, les taches de purpura s'effacèrent et les plaques écchymotiques, après être passé successivement de la teinte ardoisée au bleu foncé, puis de là au bleu clair et à la coloration jaune-paille, finirent par disparaître. Au bout de quinze jours, la guérison était complète.

Un mois après, à la même date, sous l'influence d'une violente frayeur, nouvelle suppression de la menstruation. Mêmes symptômes morbides du côté des membres pelviens; ils cèdent au même traitement.

Depuis, la menstruation s'est faite régulièrement comme auparavant.

Réflexions. — En présence de ce cas curieux, nous avions deux questions à résoudre :

Quelle était la nature de cette affection ? Y avait-il lieu d'établir une relation entre elle et la suppression menstruelle ? Nous allons les examiner séparément.

1° *Quelle était la nature de cette affection ?* A première vue, quatre maladies pouvaient être mises en cause : l'œdème dur, l'éléphantiasis, la maladie de Werlhoff, ou une infiltration sanguine considérable des membres inférieurs.

Il n'y avait aucune cause d'œdème dur ; l'infiltration séreuse ne s'accompagne jamais, ou du moins excessivement rarement, d'ecchymoses cutanées.

L'intumescence éléphantiasique est annoncée par des douleurs localisées ; la peau prend la teinte érythémateuse, elle n'a jamais une coloration noirâtre, les deux membres pelviens ne se gonflent pas en même temps, et la tuméfaction est excessive. Affection très-rare en Europe, elle procède par accès et s'accroît lentement.

Dans la maladie de Werlhoff, il est exceptionnel que des ecchymoses alternent avec des pétéchies ; cet état pathologique serait aussi caractérisé par des douleurs articulaires et de la fièvre. Ajoutons que M. Humbert-Molière ne regarde pas la maladie de Werlhoff comme une individualité nosologique et qu'elle n'est pas pour lui une entité morbide comme le rhumatisme aigu et les fièvres éruptives (*Annales de dermatologie*, t. V, n° 2, 1873-1874).

Infiltration sanguine considérable des membres inférieurs avec ecchymoses et purpura : tel est notre diagnostic. Ce sang infiltré et épanché dans le tissu cellulaire, dans les muscles et dans la peau, était la cause de la tuméfaction, de la dureté des membres pelviens, de la difficulté apportée à leurs mouvements.

Dans certaines formes de scorbut, la maladie se caractérise par des symptômes à peu près identiques, c'est-à-dire par la tuméfaction considérable d'un ou des deux membres inférieurs ; ce gonflement dur, sans changement primitif de coloration de la peau, est dû à une infiltration sanguine ; aussi au bout de

quelque temps, voit-on la couleur ecchymotique apparaître à la surface.

2o *Y a-t-il lieu d'établir une relation entre cette affection et la menstruation ?* — Cela ne saurait être douteux, car, d'une part, les accidents ont cessé avec le retour des règles et se sont reproduits avec leur suppression ; d'autre part, des accidents analogues, sinon semblables, ont été provoqués par l'interruption brusque de la menstruation.

Astley Cooper (*Œuvres chirurg.*, traduct. de MM. Chassaignac et Richelot, Paris, 1837) a signalé le premier l'existence d'ecchymoses de la mamelle chez les jeunes filles à menstruation pénible ou irrégulière. Velpeau (*Traité des maladies du sein.* Paris, 1858) les aurait aussi remarquées chez les femmes dans les mêmes conditions, vers l'âge du retour, etc., etc. Ils ont vu la mamelle se gonfler, devenir douloureuse, puis de larges taches, semblables à celles que produirait un coup violent, se former, d'autres taches plus petites et moins prononcées alterner avec les taches principales. L'auteur anglais a vu, en outre, du sang pur ou mélangé sortir par le mamelon. Le sang épanché dans la glande peut même être l'origine d'un hématome, mais une terminaison semblable est très-rare ; l'ecchymose spontanée ne dure ordinairement que huit jours et persiste rarement jusqu'à l'époque menstruelle suivante. Deux autres particularités intéressantes ont été notées par le savant Anglais, ce sont les douleurs et le gonflement des seins qui précèdent les ecchymoses mammaires, et que l'on peut comparer aux douleurs et au gonflement qui ont précédé chez notre malade les ecchymoses des jambes. « Ils permettent de supposer, dit- « il, qu'indépendamment des ruptures vasculaires superfi- « cielles, il existe aussi des ruptures vasculaires profondes, « la congestion et l'hyperémie simple n'étant pas capables de « produire des phénomènes aussi accusés. »

Le corrélation fonctionnelle, l'existence possible d'un centre spinal commun pour l'utérus et les mamelles, rend facile l'interprétation de ces ecchymoses ; il n'en est pas de même pour les ecchymoses et les épanchements sanguins des autres parties du corps dont il existe aussi des exemples.

M. Jacquemier a consigné, dans son livre sur les accouchements, le fait très-curieux de tumeurs sanguines fluctuantes se développant d'une manière périodique sur les cuisses et sur le bassin chez une femme dont la menstruation était supprimée. M. Courty a observé un cas analogue. M. Cauchois (*De la pathogénie des hémorrhagies traumatiques secondaires*. Thèse de Paris, 1873) a vu, pendant une suppression menstruelle, une cicatrice ancienne de la jambe se rompre et le sang couler à travers l'ulcération. M. Puech a réuni 11 cas dans lesquels le mouvement fluxionnaire supplémentaire des règles s'est porté sur les membres inférieurs.

Nous arrêterons ici ces citations que nous pourrions multiplier à loisir, car des accidents analogues ont été observés sur les membres supérieurs (professeur Quadrat de Prague, Tillaux, Lorey), sur les autres parties du corps (Grisolle, Parrot) pour ne nous occuper que de l'interprétation à donner à ces faits.

Pour les expliquer, M. Danlos, dans sa thèse inaugurale (*Etude sur la menstruation au point de vue de son influence sur les maladies cutanées*. Paris, 1874), dit qu'il existe une sympathie manifeste entre l'appareil utéro-ovarien et le système tégumentaire. Or, *si cette sympathie entre l'utérus et les mamelles et par suite la peau qui les recouvre n'est pas niable*, il nous paraît difficile de l'admettre pour les autres régions du corps. Avec cette hypothèse, une sympathie devrait exister aussi entre l'utérus et les muqueuses de l'estomac, des bronches, du nez, des yeux, etc., etc. La théorie ancienne remise en honneur par notre collègue Lorey nous paraît plus juste (*Des vomissements de sang supplémentaires des règles, et pathogénie des hémorrhagies supplémentaires, du flux menstruel en général*. Paris, 1875); il suffira, pour l'adapter à notre cas, d'y apporter une légère modification. C'est dans un lieu déjà rendu faible par une lésion organique antérieure ou *par un excès de travail fonctionnel* que se produisent de préférence les manifestations pathologiques. Sous l'influence de l'éréthisme vasculo-nerveux, le mouvement fluxionnaire dû à la suppression des règles détermine l'hémorrhagie dans la partie du corps qui, grâce à une lésion anté-

rieure ou à un excès de travail, même physiologique, a perdu la plus grande somme de résistance. Notre malade était presque toute la journée debout, elle était chargée de courses longues et pénibles ; cette suractivité du travail musculaire des membres inférieurs a eu pour conséquence de faire porter sur eux les manifestations de la maladie.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Hystérotomie. — M. PÉAN communique des pièces anatomiques provenant d'une opération d'hystérotomie.

Il a déjà présenté à l'Académie un groupe d'observations de 27 hystérotomies pratiquées en vue de débarrasser les malades de volumineuses tumeurs utérines. Ces observations se répartissent ainsi : 18 hystérotomies motivées par des fibrômes utérins : 12 succès, 6 insuccès; 6 hystérotomies pratiquées pour des tumeurs fibro-cystiques : 4 succès, 2 insuccès; 2 pour l'ablation de tumeurs utéro-cystiques : 2 succès. Depuis cette époque, il a pratiqué 7 nouvelles hystérotomies : 3 pour l'ablation de tumeurs fibreuses, 2 pour des tumeurs utéro-cystiques, une pour une tumeur utérine carcinomateuse de forme cystique, et enfin celle qui fait l'objet de cette présentation.

Dans l'hystérotomie, dont M. Péan présente la pièce, la tumeur diffère de celles qu'il a observées jusqu'à ce jour. Sa malade était âgée de 53 ans; la tumeur offrait avant l'opération tous les caractères des kystes de l'ovaire. Elle remplissait toute la cavité abdominale et était devenue si volumineuse, qu'une ponction a dû être pratiquée deux mois avant l'opération pour prévenir la suffocation; on obtint environ 15 litres d'un liquide sanguin et mélangé de grumeaux fibreux.

Pour l'opération, la paroi abdominale fut divisée sur la ligne médiane depuis le pubis jusqu'au dessus de l'ombilic. Une ponction pratiquée sur la tumeur la réduisit de moitié, et il fut possible de l'attirer au dehors à travers l'incision; deux ligatures métalliques furent ensuite appliquées autour de la tumeur, très-près de son implantation. Après avoir traversé la base d'implantation avec des broches, M. Péan excisa la tumeur de telle sorte que la plus grande partie de l'opération se termina sans avoir perdu une goutte de sang.

Le corps de la tumeur était constitué par l'utérus hypertrophié, doublé extérieurement d'un péritoine très-vascularisé, de vaisseaux sanguins très-dilatés, d'une tunique musculaire qui entourait complètement la masse enlevée. La tumeur présentait deux grandes loges kystiques développées dans l'épaisseur de la tunique musculaire.

M. Depaul fait remarquer qu'il ne paraît pas suffisamment démontré que les pièces qui sont présentées à l'Académie appartiennent à un utérus.

La communication de M. Péan et les pièces qui l'accompagnent sont renvoyées à une commission composée de MM. Depaul, Robin et Laboulbène.

Tératologie. — Monstres doubles autositaires. — M. Blot donne lecture d'un rapport sur deux monstres doubles autositaires et monomphaliens du genre sternopage. Ce rapport rend compte d'une pièce anatomique adressée à l'Académie par MM. le docteurs Milet et Marquesy.

Le sternum de chaque sujet est divisé sur la ligne médiane et ses deux moitiés sont rejetées latéralement. Ces deux moitiés, ainsi placées en dehors de la ligne médiane commune aux individus, rencontrent les deux moitiés semblablement disposées du sternum de l'autre sujet. De cette union résultent deux sternums latéraux et communs aux deux sujets, du reste, régulièrement conformés.

De cette disposition résulte la fusion de deux cavités thoraciques en une seule et vaste cavité limitée par quatre parois, savoir : deux parois costo-dorsales directement opposées l'une à l'autre, deux costo-sternales également opposées entre elles. Les deux parois costo-dorsales sont l'une et l'autre formées, comme dans l'état normal, par le rachis et la portion postérieure des côtes d'un seul et même individu. Chacune d'elles appartient donc en propre à l'un des sujets composants, tandis que chacune des parois costo-sternales appartient pour moitié aux deux sujets à la fois.

La femme qui a accouché de ce monstre était âgée de 42 ans; l'accouchement a eu lieu sans trop de difficultés au huitième mois de la grossesse.

M. Blot termine son rapport en proposant à l'Académie d'adresser une lettre de remerciements à MM. Milet et Marquesy pour leur intéressante communication. (Accepté.)

(*Séances du 13 et du 20 mars* 1875). Dr A. Lutaud.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Luxation de l'appendice xiphoïde pendant la grossesse, par M. Polaillon.

Pendant le mois de novembre, j'ai observé à la Maternité-Annexe de Cochin une femme qui portait une luxation de l'appendice xiphoïde. Comme cette lésion est peu connue, comme elle s'est produite dans des conditions particulières et qu'elle s'est accompagnée d'accidents assez importants, j'ai pensé qu'il était utile d'en faire connaître l'observation d'après les détails recueillis par M. Quenu, interne du service.

La nommée M..., âgée de 35 ans, exerçant la profession de demoiselle de magasin, entre le 5 novembre 1875 à l'hôpital Cochin, pour y faire ses couches. Elle est primipare. Les dernières règles se sont montrées le 8 février.

Jusqu'au 7e mois, la grossesse avait suivi une marche régulière, sans malaise notable. Cette femme portait un corset serré et s'efforçait de dissimuler le volume croissant de son ventre. Mais au 7e mois, sans avoir reçu un coup, sans avoir fait une chute, elle ressentit tout à coup une douleur vive au creux de l'estomac. Cette douleur, d'abord supportable, fut bientôt exaspérée par la compression du busc du corset, au point d'obliger notre malade à renoncer dorénavant à cette partie de son vêtement. En même temps, elle s'aperçut qu'elle portait dans le creux épigastrique, au niveau du point douloureux, une petite saillie mobile, qui n'existait pas auparavant.

A partir de ce moment, la douleur épigastrique persista jusqu'à la fin de la grossesse. La malade souffrait surtout lorsque la saillie anormale était comprimée ou même effleurée accidentellement. Elle souffrait encore lorsque l'estomac était distendu par les aliments, et la douleur persistait pendant toute la durée de la digestion stomacale.

Pendant le travail de l'accouchement, M... se plaignit surtout de sa douleur épigastrique, qu'elle qualifiait d'*atroce*. L'enfant se présenta en position O. I. D. P. qui se réduisit spontanément. Mais pendant la dernière période du travail, les contractions se ralentirent, et il fallut terminer l'accouchement par une application de forceps.

Le lendemain de l'accouchement, en examinant attentivement cette femme, je trouve à la pointe du sternum un soulèvement transversal de la peau, dont la saillie est d'à peu près un demi-centimètre. En palpant, je reconnais que ce soulèvement est formé par le rebord d'un corps dur. L'étendue de ce rebord peut être évaluée à un centimètre et demi environ. Au-dessus du rebord saillant se rencontre une dépression, au fond de laquelle on arrive sur la face antérieure du corps du sternum. Au-dessous, la paroi abdominale se laisse déprimer et ne présente rien d'insolite. En refoulant la peau, on arrive facilement

à saisir le petit corps saillant et à lui imprimer des mouvements assez étendus dans le sens vertical. On peut même le faire basculer en avant et le coucher sur la face antérieure du sternum; mais on ne peut le faire basculer en arrière. On apprécie très-nettement que la consistance de ce corps est de nature cartilagineuse.

A ces signes, il est facile de reconnaître une *luxation complète en arrière de l'appendice xiphoïde.* En effet, la base de l'appendice a abandonné l'extrémité inférieure du sternum et s'est portée en arrière, tandis que la pointe dirigée en avant forme sous la peau le soulèvement que j'ai décrit. Il en résulte que l'appendice xiphoïde tout entier affecte une direction perpendiculaire à celle du sternum.

J'ai cherché, à plusieurs reprises, à réduire cette luxation, mais j'ai échoué, et comme j'occasionnais d'assez vives douleurs, je n'ai pas insisté.

Les suites de couches ont été simples. A mesure qu'on s'éloignait de l'accouchement, la malade souffrait de moins en moins dans le creux de l'estomac. Bientôt la douleur ne se fit plus sentir que pendant les pressions ou pendant les mouvements, surtout pendant les mouvements de flexion du tronc en avant. Aussi je fis garder le repos au lit plus longtemps que l'état puerpéral ne le nécessitait.

Le 21 novembre, M... fut envoyée à la maison de convalescence du Vésinet, ainsi que son enfant qu'elle allaitait. L'appendice xiphoïde conservait son déplacement. Il était beaucoup moins mobile, preuve que des adhérences commençaient à se former. Les mouvements qu'on lui imprimait étaient encore douloureux. Mais la malade ne souffrait plus après ses repas ni pendant les mouvements du tronc, et la pression des vêtements était supportée sans la moindre gêne.

En parcourant les journaux de médecine que j'ai eus à ma disposition, je n'ai trouvé aucun fait analogue à celui que je publie. A propos des luxations du sternum, Billroth (*Handbuch der Chirurgie*, Krankeiten der Brustbeim, p. 117, 1865) se borne à résumer ce que dit Malgaigne. Ce dernier auteur (*Traité des luxations*, p. 408) mentionne trois espèces de luxations du cartilage xiphoïde : les luxations traumatiques, les luxations pathologiques et les luxations congénitales. Mais les luxations pathologiques et congénitales ne reposent sur aucun fait sérieux. Quant aux luxations traumatiques, deux faits seulement en établissent la réalité. Celui que je fais connaître serait le troisième. En effet, quoique dans ce cas il existe quelque obscurité sur la cause de la luxation, je n'hésite pas à la rapporter à un traumatisme. Chez ma malade, il n'y a eu ni coup ni chute sur le creux de l'estomac, mais il est vraisemblable que dans un moment de flexion du tronc le busc du corset a refoulé la base du cartilage xiphoïde en arrière, pendant que la pointe était portée en avant par l'utérus distendu par un œuf de sept mois. On peut admettre aussi que la luxation s'est

produite progressivement, car cette femme avait l'habitude de porter un corset très-serré. La pression de celui-ci a peut-être refoulé peu à peu le cartilage, préparant ainsi le déplacement qui s'est accompli sous l'influence d'un mouvement plus brusque qu'à l'ordinaire.

Sur la question de savoir s'il ne s'agissait pas d'une fracture plutôt que d'une luxation, il peut y avoir discussion. En effet, l'appendice xiphoïde, qui s'ossifie très-tard, n'est séparé du corps du sternum que par une lame cartilagineuse intermédiaire, Mais le langage anatomique, qui range parmi les *synchondroses* le mode d'union de l'appendice xiphoïde au corps du sternum, conduit à considérer en chirurgie le déplacement de cet appendice comme une luxation et non comme une fracture.

Plusieurs points particuliers de cette observation me paraissent devoir attirer l'attention. C'est d'abord l'absence complète de consolidation pendant les deux derniers mois de la grossesse et la guérison facile après l'accouchement, quoique le cartilage soit resté déplacé. Ensuite ce sont les douleurs excessives, atroces même, qui se développèrent pendant le travail. Ces douleurs, qui ont entravé le travail, me paraissent le résultat de la pression de l'utérus qui, en se redressant pendant la contraction, comprimait le cartilage luxé, et aussi le résultat de la tension de la ligne blanche pendant les efforts des muscles abdominaux pour expulser le fœtus. Enfin, la douleur, pendant la digestion, semble caractéristique de la luxation du cartilage xiphoïde, d'après les faits connus.

M. Guéniot. Le fait très-intéressant relaté par M. Polaillon n'est pas unique dans la science; il y a dans Mauriceau un fait analogue.

(*Séance du* 3 *janvier* 1877, *Bull. de la Soc. de chir.*)

Nouveau procédé pour la guérison du prolapsus de l'utérus. — M. Léon Le Fort. Le 10 novembre 1876, entra dans mon service à l'hôpital Beaujon, une femme de 48 ans, exerçant la profession de blanchisseuse, et atteinte d'un prolapsus complet de l'utérus. La maladie paraît remonter à 6 mois seulement. Cette femme avait eu trois enfants, dont le dernier a 11 ans, toutes les couches ont été normales et la menstruation constamment régulière. Au mois de mai dernier elle vit apparaître à la vulve une tumeur assez singulière dont l'issue se fit d'abord d'une façon intermittente et par intervalles de 15 jours environ. La tumeur, après être restée plus ou moins longtemps dehors, rentrait spontanément.

A partir du mois d'octobre l'accident se renouvela tous les jours et la tumeur prit le volume qu'elle avait lors de l'opération. 8 jours enfin avant l'entrée à l'hôpital la réduction devint impossible et i

survint des douleurs accompagnées d'une sensation pénible de pesanteur.

Au dehors de la vulve on trouve une tumeur conoïde dont la grosse extrémité est dirigée en bas, et dont le sommet correspond à l'entrée du vagin. A sa base existe une ulcération circulaire, située autour d'une ouverture infundibuliforme. Cette tumeur mesure 11 centimètres de longueur, 18 centimètres de diamètre à sa base et 10 centimètres à son sommet. La surface externe joint sans ligne de démarcation avec la muqueuse vulvaire immédiatement en arrière des grandes lèvres. L'ouverture située à la base permet l'introduction de l'hystéromètre qui pénètre à une profondeur de 7 centimètres.

L'orifice uréthral est apparent au-dessus et en avant du pédicule; pour y faire pénétrer la sonde on est obligé d'incliner l'instrument de haut en bas et d'arrière en avant (la malade étant dans le décubitus dorsal), on sent alors le bec de la sonde qui a pénétré vers la base de la tumeur; la vessie a donc été entraînée dans le mouvement de descente de l'utérus et du vagin.

La malade demande à être débarrassée de son infirmité et préfère une opération, quelle qu'elle puisse être, à la nécessité de porter un bandage quelconque. J'avais donc à me demander à quel procédé je pourrais avoir recours, et je dois dire tout d'abord que les procédés connus ne me satisfaisaient que fort incomplètement. L'excision linéaire de quelques plis du vagin comme le faisait Dieffenbach et Marshal-Hall, la cautérisation pratiquée par Laugier, Desgranges, Velpeau ne pouvaient me laisser espérer un résultat utile, non plus que l'excision sur la paroi antérieure de deux lambeaux de muqueuse, séparés par un intervalle et réunis par la suture, comme le faisait Jobert.

Le procédé de Sims consistant en deux avivements pratiqués sur la paroi antérieure du vagin, réunis en bas, espacés en haut; ou bien ce même procédé modifié par Emmet et plus tard par Panas, par l'adjonction d'un avivement transversal à la base du V qui se trouvait transformé en un triangle, pouvait me laisser espérer une guérison, puisque Sims, Panas et d'autres en ont obtenu; mais il a contre lui la longueur et la difficulté de l'opération, puisqu'on agit au fond du vagin après qu'on a au préalable réduit l'utérus.

Le procédé de Backer-Brown, imité de celui de Fricke (de Hambourg), et consistant en un avivement de la face postérieure des grandes lèvres ou de la fourchette, et en même temps des parties voisines du périnée, ne m'eût pas rassuré suffisamment contre une récidive. J'aurais préféré dans ce cas l'occlusion à peu près complète de la vulve, comme la pratiquent Kurhler, de Darmstadt, et Th. Anger, ou le rétrécissement simultané de la paroi postérieure du vagin et de l'orifice vulvaire, d'après le procédé de Simon, mais je trouvai à

ces procédés quelques inconvénients tels que l'impossibilité à peu près complète de la copulation, et pour celui de Simon quelques dangers démontrés par l'expérience. Je cherchai donc s'il était possible de trouver un procédé meilleur que ceux qui existaient déjà dans la pratique. Or, chez ma malade, comme chez presque toutes celles qui se trouvent dans le même cas, l'utérus ne sort pas le premier de la vulve entraînant avec lui la paroi antérieure et la paroi postérieure du vagin. En général, ce qu'on remarque d'abord, c'est une cystocèle, c'est l'issue ou dehors de la vulve de la paroi antérieure du vagin, issue de plus en plus notable, et c'est comme entraîné par le prolapsus de la cloison vésico-vaginale que l'utérus finit par arriver à la vulve et hors de la vulve; ce qui sort d'abord, c'est la partie de la muqueuse vaginale la plus rapprochée de la vulve, le reste suit comme par une sorte de déplissement. Le même effet se produit sur la paroi postérieure, de telle façon qu'au fur et à mesure que l'utérus descend, les parties de la paroi antérieure et de la paroi postérieure du vagin en contact médiat, ou du moins en rapport lorsque le vagin est à l'état normal, s'écartent de plus en plus l'une de l'autre pour laisser passer les parties les plus profondes du vagin et enfin l'utérus. Les retenir en rapports, les empêcher de s'écarter pour se porter l'une avant l'autre en arrière, c'est s'opposer à tout prolapsus. Ce que j'ai donc cherché, c'est à rendre ce contact permanent, intime, en avivant au même niveau les parois antérieure et postérieure du vagin et en les réunissant par la suture.

Suturer ainsi ces parois sur une certaine hauteur, c'était cloisonner le vagin; mais les faits si nombreux réunis dans ma thèse d'agrégation sur les vices de conformation du vagin ont montré que le cloisonnement vertical même complet du vagin, gêne à peine l'accouchement et ne gêne pas du tout la copulation, Or, je n'avais besoin de pratiquer qu'un avivement et un cloisonnement partiels.

Ce n'est pas tout encore, dans les procédés dans lesquels on agit sur la muqueuse vaginale (procédés de Sims, d'Emmet, de Panas) on opère après la réduction de l'utérus, au fond du vagin, et l'opération longue, laborieuse est plus difficile, plus fatigante peut-être qu'une opération de fistule vésico-vaginale. Dans mon procédé tout peut au contraire se faire à l'extérieur et avec une extrême facilité. Voici comment je l'exécutai.

L'utérus étant tout à fait hors de la vulve, je fis d'abord sur la paroi antérieure, puis sur la partie postérieure du vagin deux avivements de 6 centimètres environ de longueur sur 2 de largeur portant sur la partie la plus rapprochée de la vulve; cela fait, je réduisis l'utérus assez pour mettre en rapport les extrémités de ces deux surfaces d'avivement dans leur partie la plus rapprochée de l'utérus et j'appliquai sur ce bord transversal 3 points de suture; puis de proche en

proche et réduisant au fur et à mesure l'utérus, je suturai les bords latéraux correspondants, passant le fil de la plaie faite à la paroi vésico-vaginale à la plaie faite à la paroi vésico-rectale. La réduction de l'utérus devenait ainsi de plus en plus complète et quand les deux bords des deux surfaces avivés furent suturés, la réduction était complète. On comprend toutefois que dans ce procédé comme dans celui de Sims, de Panas, les fils ayant servi à la suture sont difficilement accessibles lorsqu'après quelques jours la réunion s'est effectuée. Prévoyant cela, je laissai aux fils un assez grande longueur dans leur partie tordue afin de les saisir facilement lorsqu'ils seraient devenus libres par la section des parties embrassées par leur anse.

L'opération fut faite en décembre 1876, la guérison se fit sans aucun accident, il n'y eut même pas de fièvre traumatique. Le résultat fut complet, l'utérus était parfaitement maintenu, et lorsqu'après avoir fait accroupir la malade on la faisait tousser ou faire des efforts, rien ne paraissait avoir de la tendance à sortir de la vulve, il n'y avait même pas de refoulement appréciable.

J'aurais donc pu borner là mon intervention, et je l'aurais fait certainement si je n'avais eu pour but que de montrer l'heureux effet de mon procédé dans toute son intégrité. Toutefois, en raison de la laxité, de la largeur anormale de la fourchette, j'ai craint que l'absence de tout soutien du côté de la vulve vînt compromettre le résultat, et après avoir fait prendre la photographie des régions opérées, afin d'en constater l'état réel, je rendis le résultat absolument certain en faisant, le 23 janvier, vers la fourchette et sur les parties voisines, un avivement comme dans le procédé de Baker Brown. Je fis la suture à deux étages, suivant mon procédé déjà décrit, c'est-à-dire au moyen de fils passant au travers d'un bout de sonde pour la suture profonde, et de points entrecoupés pour la suture superficielle. J'enlevai les sutures le sixième jour, 30 janvier. La réunion est incomplète dans les parties superficielles, mais elle est complète profondément, et lorsque la malade sort, le 6 février, la réunion est complète et définitive dans toute l'étendue et sur toute la surface de l'avivement. Je ne puis douter d'une guérison solide et définitive.

Discussion

M. Després. La date de 6 semaines ne me paraît pas suffisamment éloignée, pour qu'on puisse connaître le résultat de l'opération ; quant à moi, j'ai toujours observé que, si on ne fait pas porter aux malades un appareil qui protége le périnée, la chute se reproduit.

Chez les femmes âgées, je ferme complètement la vulve, sauf à la partie postérieure où je laisse un pertuis pour les mucosités vagi-

nales, car, en ce point la suture manquait par suite de l'accumulation du liquide. Avec cette oblitération presque complète de la vulve, la matrice tend à faire hernie lorsqu'on met la malade dans la position propre au travail de l'accouchement. Chez les jeunes femmes, je me contente de la pelote périnéale. En résumé, je dirai que les malades doivent être revues au bout d'un an, car pour moi il n'y a pas de guérison définitive par l'intervention chirurgicale.

M. Verneuil. La date de l'opération a un grande importance. Je crois à l'inefficacité habituelle de ces tentatives et, en outre de mon expérience personnelle, j'en puise la preuve dans les publications des journaux, particulièrement des journaux anglais, *Medical Times*, *Lancet*, où il y a eu dans ces derniers temps une véritable éruption d'observations avec nouveaux procédés opératoires. Toutes les malades étaient opérées pour la seconde, la troisième fois; il fallait donc mettre à leur avoir un ou plusieurs insuccès.

Une seconde objection porte sur la persistance des rapports conjugaux; dans un de mes faits où l'oblitération paraissait très-solide, le coït l'a détruite.

M. Lucas-Championnière. Je ne puis, en raison du peu de temps écoulé, rien préjuger de l'opération de M. Lefort. L'opération de Sims est une bonne opération et, sans prétendre que le col de l'utérus ne puisse à sa suite effleurer la vulve, on obtient au moins une grande amélioration.

M. Anger. Je rappelerai que j'ai suivi 18 mois une femme que j'ai opérée par mon procédé : bien que les efforts de toux fassent bomber la vulve, la malade ne porte ni pessaire ni ceinture.

M. Tillaux. Je crois qu'au point de vue de la durée presque toutes les opérations échouent contre le prolapsus, la cicatrice se distend; ainsi dans le procédé de M. Lefort, un des vagins peut s'agrandir et livrer passage à l'utérus.

Notre collègue a parlé de rectocèle; autant la cystocèle est commune, autant la rectocèle est rare, et cela s'explique par l'indépendance des parois vaginale et rectale qui glissent l'une sur l'autre tandis qu'en avant le vagin et la vessie sont adhérents.

L'opération que j'oppose au prolapsus est une vulvorrhaphie. Voilà comment je la fais. Je ne fais pas de perte de substance; je dédouble les grandes lèvres jusqu'à l'urèthre, mais sans toucher à la vulve ou au vagin, puis je fais une suture médiane. Je n'ai pas ainsi la prétention d'empêcher l'utérus de descendre, mais les malades peuvent ainsi porter un pessaire ou une ceinture.

Relativement à la durée de l'affection, je tiens à voir établir la distinction entre les prolapsus anciens ou récents. En général cette affection est de date ancienne, elle se produit graduellement, et rentre avec facilité. A côté de ces faits habituels, il y a des prolapsus

auxquels on pourrait appliquer le nom de luxations de l'utérus, et qui se produisent sous l'influence d'un effort violent; on a de la peine à les réduire, et si on arrive au bout d'un certain temps, comme je l'ai vu dernièrement, l'utérus ne ressort pas.

M. Polaillon. A l'occasion de ce dernier fait, je demanderai à M. Tillaux, si la malade chez laquelle il a observé ce prolapsus instantané n'était pas enceinte. Il y a quelques temps, j'ai observé une jeune femme qui a eu un prolapsus à la suite d'un violent effort. J'ai réduit avec facilité, et l'utérus étant très-douloureux, j'ai maintenu ma malade au lit et lui ai placé un anneau de Gairal, modifié par Dumont-Pallier : au bout de 3 ou 4 semaines la malade s'est levée et je me suis aperçu qu'elle était enceinte.

On voit assez souvent les déplacements de la matrice au début de la grossesse, mais les prolapsus sont rares.

M. Tillaux. La malade dont j'ai parlé n'était pas enceinte.

M. Léon Le Fort. MM. Verneuil, Desprès, Tillaux doutent de la permanence de la guérison dans le cas dont je viens de donner l'histoire; c'est leur droit, et je suis convaincu que l'avenir leur donnera tort. Mais ils vont beaucoup trop loin lorsqu'ils regardent comme impuissante contre le prolapsus toute opération chirurgicale; il ne faudrait pas ainsi englober dans une même réprobation tous les procédés; il faut éviter les arrêts rendus *à priori*, et la négation de nos collègues ne saurait prévaloir contre les faits. Sans en citer un certain nombre publiés dans les recueils étrangers, il me suffit de trouver, parmi les collègues qui nous écoutent, des chirurgiens ayant eu des succès, soit par l'opération de Sims modifiée, comme M. Panas, soit par l'occlusion incomplète de la vulve, comme M. Th. Anger. Si j'ai cherché un autre procédé, ce n'est pas, comme l'a dit M. Tillaux, parce que ces procédé échouent, c'est parce qu'ils ne me satisfont pas. L'occlusion de la vulve a des inconvénients d'autant plus grands que la femme est plus jeune; le procédé de Sims a contre lui sa difficulté d'exécution, Je crois avoir imaginé un procéde aussi sûr, ayant moins d'inconvénients pour la malade et remarquablement facile pour le chirurgien. On ne peut, disent M. Desprès et Tillaux, espérer de guérison solide, l'opération doit avoir pour but unique de permettre l'application plus facile d'une pelotte périnéale. Mais si les malades se soumettent à une opération, si elles la sollicitent, c'est précisément afin d'échapper à cette nécessité si fâcheuse du port d'un appareil. Les appareils, et je parle des appareils suffisants, ne manquent pas et il n'est pas besoin d'opération pour les rendre efficaces.

Le pessaire Gairal, dont le pessaire Dumont-Pallier n'est qu'une contrefaçon, pour employer une expression adoucie, suffit pour maintenir beaucoup de prolapsus; quand il est insuffisant, on a à sa disposition toute la classe des pessaires à support périnéal, tous les hys-

térophores, et pour ma part, je ne pratiquerai pas la vulvorrhaphie chez une femme, de quelque âge qu'elle fût, avec la perspective assurée de la condamner ensuite à porter un appareil. L'occlusion complète de la vulve, même contre la fistule vésico-vaginale inopérable peut céder, dit M. Verneuil qui en a vu un exemple, aux efforts d'un mari luttant contre l'œuvre du chirurgien.

Ce fait suffirait à démontrer les inconvénients de l'occlusion vulvaire dans le prolapsus et l'avantage des procédés qui amènent la guérison sans faire obstacle au coït. Mais si cette occlusion a pu céder, si elle cède quelquefois, cela tient à ce que la réunion s'est faite par une surface linéaire. J'ai montré déjà, ici et ailleurs (Malgaigne, 2e vol), que dans la réunion des surfaces avivées, comme dans la fistule vésico-vaginale, l'effet de la suture telle qu'on la pratique d'ordinaire est de rapprocher d'abord les lèvres de chacune des plaies, de réduire leur surface d'abord large à une surface presque linéaire, et l'on s'oppose à cet effet par la suture à deux étages. Une réunion bien effectuée sur une large surface ne céderait pas aux efforts ni de l'utérus ni d'un mari.

En résumé, ce que nous demandent les malades, ce n'est pas de remonter l'utérus à sa place normale, c'est d'empêcher qu'il ne sorte de la vulve, et il importe peu que la vulve soit soulevée dans les efforts, si cette vulve est assez fermée pour s'opposer à toute issue de l'utérus. Que mon procédé donne une guérison permanente, c'est ce que l'avenir, j'én suis convaincu, se chargera de démontrer; mais ce qu'il est impossible de nier, c'est que certains procédés, présentant pour la malade ou pour le chirurgien des inconvénients que le mien ne possède pas, ont procuré des guérisons complètes et permanentes.

M. Panas. Il résulte de cette discussion que la question n'est pas résolue dans l'esprit de nos collègues. Le seul moyen de mettre fin aux dissentiments, c'est d'apporter des faits, et je remercie M. Le Fort d'avoir apporté les siens.

La malade dont j'ai rapporté l'histoire est opérée depuis près de 3 ans; elle est complétement guérie, bien que 1 an ou 18 mois après l'opération, elle ait eu une grossesse et un accouchement. Voici un cas de succès.

J'ajouterai qu'il n'est pas nécessaire de faire remonter l'utérus au détroit supérieur; qu'il soit maintenu dans le vagin, qu'il affleure même la vulve, les malades sont délivrées des ceintures et des pessaires. Quant à la leucorrhée dont on a parlé, les femmes atteintes de prolapsus servent à démontrer que la leucorrhée vient bien de la matrice puisque, chez certaines femmes, le vagin entier est cutisé et ne produit aucune sécrétion.

Quant à l'opération de M. Le Fort, j'approuve son principe qui est de faire une opération autoplastique du vagin. Je trouve que son pro-

cédé facilite beaucoup l'opération, car, dans l'opération de Sims, les fils sont très-difficiles à passer, surtout pour la partie horizontale de l'avivement.

Je me résume en demandant d'abord des faits; en disant, en second lieu que, n'eût-on pas la certitude d'une guérison absolue, il faut chercher à améliorer la position des malades; enfin que cette amélioration est due en sus de l'opération à une espèce de rétraction inodulaire de la vulve et du vagin lorsqu'on a bien exécuté le procédé opératoire.

M. Tillaux. Personne ne conteste qu'il faille opérer dans le cas de prolapsus; je dis seulement que ces opérations sont infidèles et la preuve, c'est que M. Le Fort a cru devoir proposer une opération nouvelle : il n'était pas satisfait des anciennes.

Faut-il faire une opération vulvaire ou vaginale? Je fais la vulvorrhaphie et j'en obtiens le bénéfice que j'en espère.

M. Le Fort. J'avoue ne pas me rendre compte des objections qu'on a faites à ma communication. MM. Verneuil et Després disent que les opérations dirigées contre le prolapsus ne servent à rien. Si en faisant la vulvorrhaphie M. Tillaux a toujours été obligé d'appliquer un pessaire, je me demande pourquoi il se décide à la pratiquer?

M. Tillaux. Bien que je ne guérisse pas mes malades par mon opération, je leur rends le service de leur permettre de supporter un pessaire et de remédier par conséquent à leur infirmité. Je demanderai en terminant à M. Lefort pourquoi il a fait la vulvorrhaphie puisqu'il n'en a pas besoin pour maintenir l'utérus?

M. Le Fort. La vulvorrhaphie ne fait pas partie intégrante de mon opération. Si je l'ai faite dans ce cas, c'est que ma malade n'avait pas de fourchette.

En résumé, j'ai la conviction qu'en suturant les parois du vagin, je mets définitivement mes malades à l'abri de la récidive; ce n'est pas une simple amélioration, mais une guérison.

J'ai fait prendre du reste des photographies et on voit très-bien sur l'une d'elles le pont cicatriciel qui retient l'utérus.

(*Séance du 14 février 1877, Bull. de la Soc. de chir.*)

Observation de fibro-adénome du sein, opéré pendant la lactation. Guérison par première intention, par M. Cruveilhier.

Dans la séance du 10 janvier, M. le Dr Cras, membre correspondant, a communiqué une observation de fibro-adénome du sein enlevé 2 mois après l'accouchement sans qu'aucun accident soit venu entraver la cicatrisation.

Ce fait a paru à M. Guéniot en désaccord avec celui qu'aurait cité

M. Le Fort, dans son intéressante communication du mois de juin 1876.

M. Le Fort, dit, en effet, qu'ayant constaté à la suite de l'extirpation d'une sarcome du sein, la présence du lait dans la tumeur, il éprouva de très-vives craintes quant à l'issue de l'opération.

Je viens apporter un fait qui prouverait que cette influence nocive de la sécrétion laiteuse n'est pas constante.

Me trouvant, en 1871, à Avranches, où je venais rejoindre ma famille pendant l'armistice qui suivit le siége de Paris, je fus demandé par M. le Dr Bréchet, ancien interne des hôpitaux de Paris, et médecin des plus distingués, à l'effet d'enlever une tumeur du sein chez une jeune femme de 22 ans, accouchée depuis 6 semaines et allaitant son enfant. La tumeur était un fibro-adénome du volume d'un œuf.

J'hésitais à faire l'opération, je m'y décidai pourtant sur les instances de notre confrère et de la malade. Une fois la tumeur enlevée, nous vîmes distinctement couler par la plaie le lait mélangé avec le sang ; je me disposais à laisser suppurer la plaie d'amputation, lorsque mon confrère me dit : qu'il répondait du succès, qu'il fallait tenter la réunion par première intention, que nous n'étions pas à Paris, et, qu'en quelques jours la cicatrisation serait complète. Nous mîmes donc quelques points de suture entortillée. 5 jours après nous allâmes voir notre opérée, nous enlevâmes les épingles, et nous trouvâmes une cicatrisation parfaite.

La malade a été revue plusieurs fois depuis, et M. le Dr Bréchet vient encore il y a quelques jours de me donner d'après ses notes tous les détails de l'observation.

(*Séance du 21 février 1877, Bull. de la Soc. de chir.*)

CONGRÈS MÉDICAL DE HAMBOURG DE 1876.

Sur les kystes du ligament large, par M. Arning. — Une femme de 45 ans, ayant eu six enfants, le dernier il y a douze ans, remarqua en 1871 un gonflement du bas-ventre ; examinée le 3 novembre 1873, on constata un kyste et en arrière un cordon en forme de plume de corbeau qui était très-sensible dans les mouvements. Comme par l'examen interne on ne put découvrir l'ovaire du côté gauche, on en conclut qu'il était le siége du kyste. Le 6 décembre 1873, première ponction donnant issue à un liquide dont la pesanteur spécifique était de 1007 et qui renfermait 2 0/0 de matières solides. Après l'extraction, le cordon qui était considéré comme la trompe correspondante, ne fut plus constaté. Etat général satisfaisant sous tous les rapports, mais au printemps 1874, eczéma généralisé. Avec la disparition de l'exanthème, le kyste se remplit de nouveau.

Le 14 janvier 1875, deuxième ponction amenant la sortie de 6,500 gr. de liquide dont la pesanteur spécifique était de 1017. A la suite le kyste se ratatina comme la première fois, mais étant revenu au bout d'un certain temps on agita la question du traitement. Spencer Wells, qui se trouvait en mai 1876 à Hambourg, considéra cette tumeur comme un kyste ovarique et conseilla l'extirpation. Celle-ci fut pratiquée le 17 mai par Arning. Il s'agissait d'un kyste développé dans le ligament large et adhérent au mésocolon de l'S iliaque. Celui-ci fut vidé, extrait et le court pédicule fut fixé en dehors. On ne fit point le drainage. L'opérée mourut soixante et seize heures après.

Cette observation est très-intéressante à plusieurs points de vue; d'abord au point de vue de l'erreur du diagnostic qui a été commise par plusieurs médecins éminents et notamment par le spécialiste Spencer Wells, et ensuite par la quantité de liquide extrait qui est très-remarquable. Pour ces motifs et d'autres, elle a soulevé une discussion dont je signale les principaux traits d'aprèsles *Archiv. f. gyn.* (t. IX, p. 392).

Kugelmann demande si on a relevé la température au moment où le kyste s'emplissait. Il a observé un cas dans lequel il se produisit alors un abaissement très-appréciable. Arning répond qu'il n'a pas eu cette pensée, car la patiente se trouvait très-bien pendant ce temps. Hégar explique ainsi la persistance de la menstruation après l'extirpation présumée des deux ovaires. Les kystes du parovarium et du ligament large se présentent plus souvent qu'on ne pense et ont dû donner lieu à de fréquentes erreurs de diagnostic. Quant à la cause de la mort dans ce cas, elle paraît devoir être attribuée à l'infection.

Schrœder de Berlin a opéré, comme Hegar, deux tumeurs extra-péritonéales dans lesquelles il y avait adhérence au mésocolon. Les deux femmes guérirent sans l'emploi du drainage.

Cancer de l'utérus mettant obstacle à l'accouchement, par M. Valenta. — Une femme qui avait eu six enfants, et avait éprouvé pendant sa septième grossesse une abondante hémorrhagie, fit appeler Valenta de Laibach pour son accouchement. Il constata un carcinôme très-étendu de la portion vaginale et du fond du vagin. Dans le cours du travail, les douleurs s'arrêtèrent, et les douches, l'introduction d'un cathéter flexible, le seigle ergoté, le tamponnement furent infructueux à les rappeler. L'enfant étant mort, il perfora le crâne à travers le col dilaté de 5 centim. Néanmoins, il ne put amener la tête et dut faire six incisions et broyer le crâne. Ne pouvant réussir davantage, il dut faire une très-grande incision.

La mère mourut et l'autopsie démontra l'intégrité de la cavité abdominale, mais la déchirure arrivait jusqu'au péritoine.

En présence de ce résultat malheureux, et ajoutons presque inévitable, n'eut-il pas mieux valu recourir à l'opération césarienne. Cette question, posée au Congrès de Hambourg, n'a pas reçu de solution, car la réponse dépend, en pareille occurence, de l'étendue de la lésion. Chacun des membres s'est borné à faire connaître les cas de ce genre qu'il avait rencontrés dans sa pratique. Ainsi Zweifel, se trouvant récemment en présence d'un énorme carcinôme de la cavité pelvienne; a fait au commencement du dixième mois l'opération césarienne. L'enfant fut conservé ; quant à la femme, elle succomba au ramollissement du carcinôme. Benicke relate trois cas empruntés à la clinique obstétricale de Berlin et un tiré de sa pratique privée. Dans le premier, on enleva la masse cancéreuse à l'aide d'une curette pendant la grossesse. L'accouchement fut normal ; l'hémorrhagie médiocre et les couches normales. Dans le second, concernant une multipare, on enleva également la végétation à l'aide de la curette pendant le cours de la grossesse, mais la femme n'est point encore accouchée. Dans la troisième, où la portion vaginale fut enlevée avec l'écraseur, il y eut expulsion prématurée de l'enfant; enfin dans le quatrième, où l'on s'était conduit de même, l'accouchement fut normal.

Ces faits prouvent donc la nécessité d'opérer avant l'accouchement et Schrœder èn cite un autre qui semble légitimer cette pratique. J'en donne le résumé : Grossesse à cinq mois ; amputation de la portion vaginale; ouverture de l'espace de Douglas; guérison. Les hémorrhagies s'arrêtèrent après l'opération. Peu avant le terme normal de la grossesse, violentes douleurs et accouchement normal sans hémorrhagie. Quant à la mère, elle succomba brusquement six semaines après. Pour Schrœder, il faut toujours opérer le carcinôme, quelle que soit la date de la grossesse, et on ne doit jamais faire l'opération césarienne.

L'opinion d'Ebell est moins nette, mais elle est plus conforme aux données de la pratique : il faut subordonner sa conduite aux conditions de l'individu. Ainsi, dans un cas, l'extraction a dû être précédée par une profonde incision, dans un second il suffit de l'application du forceps. Ce parti est assurément le plus sage, car il ne m'est pas démontré qu'une opération faite avant le terme de la grossesse ne prédispose à un accouchement prématuré.

De la tympanite de l'utérus gravide, par M. Staude. — Sous ce titre, le docteur Staude a fait au Congrès de Hambourg une communication qui m'a paru mériter d'être résumée ainsi que la

discussion à laquelle elle a donné lieu. C'est là, pour le dire en passant, un point pathologique extrêmement obscur et sur lequel il est besoin de nouvelles lumières.

Parmi les circonstances étiologiques, l'auteur signale la diminution de la pression abdominale par le décubitus latéral de la parturiente. Deux observations sont citées à l'appui de cette manière de voir.

1° Une parturiente présente un rétrécissement très-marqué de l'orifice utérin. Pour découvrir le méat qui ne pouvait être atteint, la malade est placée dans la position recommandée par Sims, mais dans cette position on ne voit pas davantage l'ouverture du méat. Pendant qu'elle reprenait la position dorsale, le doigt perçoit l'écoulement des eaux mêlé à quelques bulles d'air. — Ultérieurement l'accouchement fut terminé avec le forceps; quant à la femme, elle succomba au cinquième jour.

2° Après un examen dans le décubitus latéral, on remarqua les signes évidents de l'introduction de l'air dans l'utérus en même temps que la crépitation emphysémateuse du fœtus. L'accouchement fut parfaitement terminé par le forceps. La femme fut malade, mais elle guérit.

L'introduction de l'air, ajoute-t-il, coïncide avec la cessation de la vie de l'enfant. Dans un cas, il a observé quatre heures après la rupture des membranes les phénomènes énoncés.

En ce qui concerne l'enfant, les symptômes de décomposition débutent par la partie qui se présente. Cette règle n'est pas cependant absolue, puisque dans une présentation du pied, il a constaté les signes de décomposition sur la tête du fœtus.

En ce qui concerne les organes en particulier, leur aptitude à la décomposition est assez variable. L'utérus présente en général une assez grande résistance, pourtant il est des exceptions. Ainsi, dans un cas, l'utérus était à l'état de putrescence au bout de treize heures. L'emphysème du placenta n'a jamais été observé; par contre on trouve fréquemment de l'air dans les poumons.

Quant aux agents de l'introduction de l'air, ils se trouvent dans la paralysie de la paroi musculaire de l'utérus, dans la béance des veines de l'utérus.

Les enfants sont toujours venus au monde morts. Sur 60 cas de ce genre, qu'il a relevés dans ses recherches, il n'a constaté que deux enfants nés vivants. La cause de la mort devrait être attribuée à l'air qui provoquait des tentatives prématurées de respiration. Fréquemment, il en résulte un ballonnement du ventre qui accroît les difficultés de l'accouchement.

Le diagnostic de cette grave complication est assez facile. En auscultant l'utérus dans un cas de ce genre, Huter a constaté un souffle déterminé par l'air. Quand il y a déchirures de l'utérus ou du

vagin l'air peut s'engager dans le tissu cellulaire péri-utérin et déterminer un état emphysémateux très-appréciable.

Le prognostic est naturellement des plus graves.

Le traitement devra consister dans la terminaison rapide de l'accouchement et dans l'emploi des injections antiseptiques.

Alors que Meyer dit que la tympanite est très-rare et qu'il a à peine rencontré quelques cas, Winckel, avec raison suivant moi, affirme qu'elle est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'admet généralement. Il en cite un cas très-remarquable au point de vue de l'étiologie,

Une femme, entrée comme primipare à la Maternité de Dresde, eut un accouchement normal, facile et rapide. Après l'expulsion de l'enfant, alors que l'assistant procédait à la délivrance, la femme tomba en synoope. Le médecin constata une forte hémorrhagie et fit une injection de perchlorure de fer contre la portion vaginale. La femme succomba tout aussitôt. A l'autopsie, le méat interne se trouva fermé. Aucun liquide n'avait pénétré dans la cavité de l'utérus, mais on trouva de l'air dans les veines du col ainsi que du perchlorure de fer.

Dans un second cas, recueilli par le même observateur, l'introduction de l'air dans la paroi utérine se fit avec une telle rapidité qu'il ne put s'expliquer le mécanisme de sa production.

S'appuyant sur le travail d'Hoffmann « sur les introductions de l'air dans les voies respiratoires du fœtus intra-utérin, » Landau fait deux remarques : 1° que ce n'est point le décubitus latéral, mais le changement de position qui favorise l'entrée de l'air; 2° que la mort du fœtus est amenée par l'interruption de la circulation (1).

Dr A. Puech.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Transactions of the obstetrical society of London (Travaux de la société obstétricale de Londres.) — London, 1876. Longmans, Green et Cie.

Le XVIIe volume des *transactions* de la Société obstétricale de Londres contient un grand nombre de travaux intéressants sur les principales branches de la gynécologie. Parmi les plus importants, nous citerons la discussion sur la fièvre puerpérale qui a occupé cinq

(1) Ces trois articles sont extraits du Compte-rendu du Congrès de Hambourg (1876), publié par les *Arch. f. Gyn.*, t. X, p, 385.

séances de la Société et à laquelle ont pris part les gynécologistes les plus éminents de la Grande-Bretagne. Les lecteurs des *Annales* ont du reste eu connaissances de cette discussion, dont M. le Dr Martin, leur a donné un compte-rendu très-détaillé pendant le courant de l'année dernière.

Nous allons maintenant passer en revue les principaux mémoires qui sont contenus dans le 17e volume des transactions.

Nous citerons en premier lieu le **discours annuel du Président, M. le Dr Willam Overend**, qui a été prononcé dans la séance du 3 février. Dans cet important document, l'orateur fait l'histoire de la Société obstétricale qui, fondéé en 1858, compte aujourd'hui plus de 700 membres et publie chaque année un nombre considérable de travaux. La Société possède aujourd'hui un local très-bien organisé, une bibliothèque contenant plusieurs milliers de volumes et un musée des plus riches. Grâce à son influence, les sages-femmes ont été l'objet d'une surveillance sérieuse et un diplôme spécial a été créé pour régler la pratique de l'obstétrique chez les femmes, pratique qui jusqu'alors n'avait été l'objet d'aucune réglementation. Ce court exposé suffit pour montrer que la Société obstétricale de Londres répond à un besoin réel et rend des services considérables.

L'espace nous manque pour donner un compte-rendu plus détaillé de l'*Adresse* inaugurale du président et nous allons signaler parmi les nombreux mémoires présentés à la Société, ceux qui nous paraissent les plus intéressants pour le praticien.

Rupture du vagin pendant le travail. Guérison, par le Dr Heywood Smith. — La rupture du vagin est un accident d'une gravité extrême (on a noté 6 cas de mort sur 7) mais qui est heureusement très-rare. Dans le cas qui fait le sujet de cette observation, la rupture est survenue pendant un travail laborieux chez une multipare sans que rien ait pu faire prévoir l'accident. Appelé en consultation par un confrère, M. Smith reconnut très-facilement la lésion et pénétra dans la cavité abdominale où il put reconnaître les anses intestinales; la rupture siégeait vers le côté gauche de l'utérus. On prescrivit le repos absolu et des narcotiques à doses élevées. Tout alla bien pendant cinq jours, à cette époque la péritonite se déclara avec une grande violence. La malade guérit cependant.

Observation de môle hydatiforme, par le Dr John Willams. — La malade est âgée de 30 ans, elle était enceinte pour la première fois après deux ans de mariage. La menstruation était régulière depuis l'âge de 17 ans; elle eut lieu pour la dernière fois le 28 juin 1874. A la fin du mois d'août la malade eut un œdème considérable de membres inférieurs, de l'abdomen et des grandes lèvres qui furent incisées pour donner issue au liquide. On observait à cette époque un développement symétrique de l'abdomen et l'on sentait distinctement une

tumeur fluctuante, élastique, qui avait tous les caractères de l'utérus distendu. Les seins ne présentaient pas le développement et les autres caractères habituels de la grossesse. On n'entendait pas de pulsations fœtales.

La malade eut des douleurs le 10 novembre, et fut délivrée le jour suivant d'une môle hydatiforme. La masse expulsée était constituée par une poche ouverte ayant la forme de l'utérus et contenant les vésicules qui formaient la môle. La poche était évidemment formée par la membrane décidue ; elle avait environ deux centimètres d'épaisseur et présentait une portion épaissie et charnue, que M. John Willams considéra comme un placenta incomplètement formé.

Cette disposition particulière ainsi que l'expulsion d'une menbrane décidue complète donnent un intérêt particulier à cette observation.

Moyens de prévenir les abcès de la glande mammaire, par le Dr Bathurst Woodman. — C'est par l'application méthodique du repos que l'auteur prévient et traite les abcès de la glande mammaire.

Il résume ce mode de traitement dans les propositions suivantes :

1° L'expérience a depuis longtemps démontré que les frictions et les manipulations de toute nature ont une certaine influence sur la production des abcès mammaires.

2° Dans les cas où ces abcès sont à craindre, l'allaitement doit être supprimé pendant quelques jours ou simplement limité à la glande qui est le moins enflammée. Il ne faut pas craindre de voir se tarir la sécrétion lactée; il est toujours facile de la rétablir après la guérison

3° Dans les cas où l'on pratiquerait la succion artificielle à l'aide d'appareils, il ne faudrait employer ce procédé qu'une ou deux fois par 24 heures.

4° Le repos absolu et surtout le décubitus dorsal sont toujours indiqués. L'application d'emplâtres percés d'un trou à leur centre ou de coussins à air sur les glandes malades est utile et doit être faite avec beaucoup de soins.

5° Les préparations d'opium, de belladone et de chloroforme; l'emploi de la glace, des cataplasmes et même des sangsues, peuvent rendre des services. Les médicaments diaphorétiques, diurétiques et purgatifs sont utiles et diminuent la congestion locale ; les médicaments lactifuges tels que la belladonne, l'iodure de potassium qui peuvent diminuer la secrétion lactée sont également indiqués.

Traitement de la chlorose et de l'anémie par le phosphure de zinc, par le D Ashburton Thompson. — L'auteur rapporte plusieurs observations de chlorose et d'anémie survenue principalement à la suite d'hémorrhagies *post-partum* et dans lesquelles le phosphure de zinc,

combiné avec le traitement ferrugineux avait donné les meilleurs résultats. Ce médicament était employé à la dose de 5 centigrammes par jour.

Observations de Prolapsus, par le Dr A. Cordes. — Nous sommes heureux de rencontrer dans ce volume une intéressante communication de notre distingué confrère M. Cordes, qui est comme on le sait très-familiarisé avec la gynécologie anglaise et fellow de la Société obstétricale. Notre confrère rapporte deux cas intéressants de prolapsus utérins qui ont été observés chez des femmes de 54 et de 56 ans. L'affection qui était très-ancienne a pu être atténuée, sinon guérie, par l'application du pessaire du Dr Vulliet.

Grossesse extra-utérine. — Communication entre le kyste et l'utérus, par le Dr A. Galabin. — La malade, âgée de 31 ans, avait eu 5 enfants et deux fausses couches. Sa dernière grossesse eut lieu en janvier 1874. Une hémorrhagie abondante qui se déclara vers le troisième mois jeta la malade dans une grande faiblesse et elle entra à *Guy's Hospital* au mois de mai 1875.

L'abdomen était alors symétriquement distendu par une tumeur qui s'élevait à quatre centimètres au dessus de l'ombilic. On percevait un peu de fluctuation, mais il était impossible de sentir rien qui rappelât les membres d'un fœtus. Pas de pulsations fœtales. Une tige de laminaire fut introduite dans l'utérus et cette cavité put alors admettre le doigt. A la suite de ces manœuvres, la malade eut quelques douleurs qui furent suivies d'un écoulement fétide. Des injections désinfectantes furent pratiquées dans la cavité utérine et l'on sentit quelques heures plus tard un fœtus qui se présentait par le siége dans un orifice qui n'était pas le col utérin. La malade tomba dans un collapsus profond et succomba le lendemain avant d'avoir été délivrée

L'autopsie fut pratiquée. On trouva en incisant la paroi abdominale une membrane kystique grisâtre et à moitié décomposée qui contenait le fœtus. Le placenta était attaché à ce kyste par sa partie postérieure. Une ouverture arrondie faisait communiquer la tumeur kystique avec l'utérus un peu au dessus du col. On trouva des adhérences dans le péritoine et tous les signes d'une inflammation péritonéale récente et ancienne.

Dr A. Lutaud.

Essai sur l'emploi des eaux minérales pendant la grossesse, par M. le Dr Gabriel Nicolas (Thèse de Paris, 1876).

On trouve dans les auteurs très-peu d'indications relatives à l'emploi du traitement hydriatique pendant la grossesse, aussi l'auteur s'est-il

appliqué à combler cette lacune. Les différents états morbides de la femme enceinte, dit M. Nicolas, paraissent offrir des indications spéciales à l'emploi des eaux minérales. Sans être des médicaments héroïques, elles fournissent au praticien la base d'un traitement très-utile en maintes circonstances.

Des faits contenus dans son travail, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° La grossesse n'est pas une contre-indication à l'emploi des eaux minérales ; elle constitue parfois une indication nouvelle à y recourir ;

2° Les eaux minérales peuvent rendre de grands services dans certaines maladies de la grossesse : chloro-anémie, albuminurie et anasarque, constipation et troubles digestifs ;

3° La grossesse n'est pas une contre-indication absolue à l'emploi du traitement hydrothérapique ;

4° Les douches froides données avec méthode peuvent être très-utiles dans certains cas de chloro-anémie rebelle, contre les troubles de la digestion et certains accidents névropathiques liés à l'état gravidique.

Lymphatiques utérins, et parallèle entre la lymphangite et la phlébite utérine (suites de couches), par le Dr Fioupe, ancien interne des hôpitaux de Paris (Thèse de Paris, 1876).

M. Fioupe a eu l'occasion de constater, pendant les deux années qu'il a passé en qualité d'interne dans le service d'accouchements de l'hôpital Lariboisière et de la Pitié, le rôle considérable que joue la lymphangite utérine dans la fièvre dite puerpérale.

M. Fioupe a pu pratiquer l'autopsie d'un assez grand nombre de femmes mortes des suites de couches, et chez la plupart, pour ne pas dire chez toutes, il a rencontré un nombre plus ou moins grand de lésions s'enchaînant les unes aux autres. Parmi ces diverses altérations, les unes, celles qui occupent l'utérus, peuvent être considérées comme primitives ; les autres, ayant pour siége des parties plus ou moins éloignées de la matrice, ne sont que les effets des premières.

Parmi les altérations primitives que l'auteur a eu le plus souvent l'occasion d'observer, nous devons citer la *lymphangite* et la *phlébite* utérines. Aussi est-ce à leur étude comparative et à celle des principales lésions secondaires qu'elles déterminent que M. Fioupe a consacré la majeure partie de son mémoire.

Mais avant d'aborder l'étude de ces affections, il lui a paru nécessaire de fournir une étude complète et détaillée des vaisseaux lymphatiques de l'utérus. L'étude anatomique de ces vaisseaux, que des

travaux récents ont fait connaître d'une façon précise, permet de se rendre un compte exact de l'enchaînement des symptômes secondaires avec les symptômes primitifs ; aussi pensons-nous que M. Fioupe a été parfaitement inspiré en nous exposant l'état de la science sur ce sujet.

Les lymphatiques de l'utérus bien décrits pour la première fois, en 1832, par Cruveilhier, ont été étudiés plus récemment par M. Lucas Championnière et à l'étranger par Pierre Fridolin (de Saint-Pétersbourg) et par Gerhard Léopold (de Leipzig). Les lymphatiques utérins tirent leur origine de trois sources différentes : la muqueuse utérine, le tissu musculaire, la couche cellulaire sous-péritonéale.

a. — Lymphatiques de la couche muqueuse. — Les lymphatiques de la couche muqueuse, à peine soupçonnés par quelques auteurs, ont été bien décrits par Gerhard Léopold. D'après cet auteur, les lymphatiques se rencontrent sous forme de *lacunes* ou *vides lymphatiques*, situés vers la partie superficielle de la muqueuse utérine et communiquent largement entre eux ; c'est dans leur intérieur que circule la lymphe. Ces lacunes seraient tapissées de cellules endothéliales et seraient l'origine des vaisseaux lymphatiques.

b. — Lymphatique de la couche musculaire. — La description de ces lymphatiques se trouve parfaitement indiquée dans la thèse de M. Fioupe, qui a emprunté la description qu'il nous en donne à Fridolin et à Gerhard Léopold.

Voici la description que M. Fioupe nous donne des lymphatiques qui occupent la couche musculaire. Ces lymphatiques sont disposés sur trois plans.

« *Un premier plan*, celui de la couche musculaire interne ou circulaire, est composé de vaisseaux cylindriques et à direction transversale; ils sont situés dans l'interstice des faisceaux musculaires, communiquent entre eux par des fentes lymphatiques circonscrivant les faisceaux primitifs des muscles et unissent les espaces lymphatiques de la couche muqueuse, dont ils ne sont que la continuation, avec les vaiseeaux de la couche moyenne.

« *Un deuxième plan*, celui de la couche moyenne ou intermusculaire, est formé par de larges canaux sucessivement dilatés ou rétrécis, munis de valvules, troncs collecteurs à direction tortueuse et oblique destinés à déverser la lymphe dans les gros vaisseaux qui, des bords de l'utérus, gagnent les ligaments larges.

« *Un troisième plan* enfin, celui de la couche musculaire externe ou longitudinale, met en communication les vaisseaux lymphatiques sous-séreux avec les gros troncs de la couche moyenne et présente la même disposition que le premier plan dont il ne diffère que par la direction longitudinale des vaisseaux qui le composent. »

c. — Lymphatiques superficiels ou sous-séreux. — Ces lymphatiques,

mieux connus que les précédents à cause de leur calibre beaucoup plus considérable, viennent de deux sources différentes : du col et du corps de l'utérus. Les vaisseaux du col émergent, selon M. Lucas Championnière, à l'union du col avec le corps de chaque côté et rencontrent immédiatement un ou plusieurs petits ganglions, ou bien forment en ce point un plexus très-important.

Sur le corps, les lymphatiques forment un réseau très-abondant et présentent de nombreuses anastomoses. Les vaisseaux qui offrent des dilatations et des rétrécissements excessifs sont munis de valvules.

Les lymphatiques sous-séreux se terminent de deux façons : les uns, ceux de la partie médiane antérieure et postérieure, traversant la couche musculeuse superficielle, se jettent dans les lymphatiques de la couche moyenne; les autres, ceux qui avoisinent les bords, se dirigent en dehors vers les angles internes de l'utérus, s'anastomosent au niveau des bords avec les lymphatiques des trompes et des ovaires, et se rendent dans les gros troncs des ligaments larges, puis vont se porter aux ganglions lombaires moyens et supérieurs.

Cette description des rameaux lymphatiques paraîtra peut-être un peu longue, mais nous avons cru devoir la fournir à cause de l'importance qu'elle présente dans la pathogénie des affections puerpérales.

Après avoir ainsi étudié l'anatomie des lymphatiques de l'utérus, M. Fioupe décrit les caractères anatomiques distinctifs de la lymphangite et de la phlébite utérines; il passe en revue la fréquence relative de ces deux affections, leurs caractères anatomiques distinctifs, les lésions concordantes de la lymphangite et de la phlébite, la pathogénie. Cette étude comprend la seconde partie du mémoire.

La troisième partie est consacrée au diagnostic différentiel de la lymphangite et de la phlébite utérines. L'auteur nous montre que ce diagnostic, regardé comme très-difficile par la plupart des auteurs, est néanmoins possible.

Nous n'entreprendrons pas de donner un résumé, même succinct, de ces deux dernières parties. Cette étude nous entraînerait beaucoup trop loin et ne serait pas en rapport avec le cadre que nous nous sommes tracé. Nous engagerons ceux que cette étude peut intéresser à lire toute cette partie du travail dont nous n'avons fait que mentionner les divisions; ils y trouveront une étude très-complète de cette question si intéressante.

VARIÉTES

Du traitement des ulcérations chroniques de la vulve et du col de l'utérus par le sulfure de carbone (1). — M. Guillaumet a préconisé récemment l'emploi du sulfure de carbone en applications locales dans les ulcérations chroniques quels qu'en soient le sujet et la nature, mais c'est surtout contre les ulcérations qui siégent du côté des organes génitaux de la femme, qu'il a eu le plus souvent l'occasion de se servir de cet agent avec grand avantage thérapeutique.

Malheureusement ce liquide possède une odeur très-pénétrante et fort désagréable, qui l'a fait repousser par la plupart des patriciens. M. Guillaumet pense que ce n'est pas là une raison suffisante pour en rejeter l'usage.

D'ailleurs, l'auteur indique divers moyens qui atténuent considérablement cet inconvénient. Parmi les moyens les plus simples pour masquer l'odeur si désagréable de ce produit, M. Guillaumet préconise les suivants. Il suffit d'ajouter 10 gouttes d'essence d'amandes amères ou d'essence de mirbane pour en atténuer considérablement l'odeur. On peut arriver au même résultat avec le mélange suivant :

R. Sulfure de carbone. . . . 10 grammes
Essence de menthe . . . . 10 à 15 gouttes
M.

L'iode, qui est très-soluble dans le sulfure de carbone, en diminue considérablement l'odeur et au lieu d'être un obstacle à la cicatrisation de ce corps, il vient au contraire ajouter aux qualités réparatrices et stimulantes du médicament.

Voici la solution qu'il convient d'employer :

R. Sulfure de carbonne . . 12 grammes
Iode. . . . . 1 grammes
M. S. A.

L'auteur a employé encore avec grand succès le mélange suivant :

R. Sulfure de carbone . . . 16 grammes
Teinture d'iode . . . . . 1 —
Essence de menthe . . . 4 gouttes
M. S. A.

Voici maintenant comment il convient d'employer cet agent. Le flacon qui renferme le sulfure de carbonne est tenu très-près de la plaie à panser et *loin de tout corps enflammé*; on imbibe du liquide un pinceau de charpie en exprimant sur les bords du flacon l'excès du

(1) *Du traitement des ulcérations chroniques* (syphilis, scrofule, etc.) *et des plaies atoniques par le sulfure de carbone* (Thèse de Paris, 1876).

médicament, puis, on promène le pinceau sur toute la surface de la plaie que l'on recouvre immédiatement de sous nitrate de bismuth finement pulvérisé. Sur la poudre, on applique un gâteau de charpie sèche. Le *modus faciendi* ne diffère pas pour les ulcérations du col de l'utérus; seulement il est utile de mettre de la poudre avec libéralité et de la maintenir à l'aide d'un tampon de ouate que la malade gardera douze heures environ. Quand elle retirera le tampon, elle prendra une injection qui entraînera la poudre imbibée de mucosités.

Des scrofulides ulcéreuses de la vulve, des chancres, des syphilides muqueuses érosives génito-anales, des plaques muqueuses de la vulve ou de l'anus ont été guéris dans l'espace de quelques jours sous l'influence de ce traitement.

Le sulfure de carbone agit comme irritant réfrigérant et anesthésique, son action est toute locale et limitée aux tissus malades; malgré l'irritation produite, les bourgeons charnus deviennent très-rarement exubérants au point de nécessiter leur répression, comme s'il y avait en même temps dans ce corps une action excitante et répressive.

Il faut proportionner la fréquence des pansements à l'atonie et à l'ancienneté de la plaie, on n'en fera jamais plus d'un par jour.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Parent, imprimeur des *Annales de gynécologie*. Cet homme de bien, enlevé prématurément à l'âge de 39 ans, à l'affection de sa famille, a succombé aux progrès d'une maladie de Bright qui le tenait éloigné de ses travaux depuis plusieurs mois.

Sa perte nous est sensible ainsi qu'aux nombreux amis qu'il avait su se créer par sa droiture et l'aménité de ses relations.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

La théorie de l'infection chancreuse chez la femme, par Fritsch (*Archiv. f. Gyn.*, t. X, p. 470, c'est une réfutation en règle des idées de Noggerath).

De l'action des eaux de Néris dans le traitement des maladies des femmes, par le Dr De Ranse (*Gaz. méd.*, 3 mars 1877).

De l'allaitement. Leçon de M. Archambault (*Progrès médical*, 3 février 1877).

Opération d'une fistule vésico-vaginale par la méthode américaine; guérison, par Raymondaud (*Journal de la société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne*, n° 1, 1876).

Note sur un cas de dysménorrhée membraneuse exfoliatrice de nature dartreuse, par le Dr Bordier (*Gaz. hebd. de méd. et de chirurg.*, n° 4, 1877).

Nouvel instrument pour réduire la procidence du cordon ombilical, par M. J. Jorissenne (*Annales de la Société médico-chirurg. de Liége*, septembre et décembre 1876, p. 147).

Sur l'allaitement des jeunes animaux à propos de la récente discussion sur l'allaitement des nouveau-nés. Lettre de Sanson (*Gaz. hebd.* 1876, n° 47, p. 743).

Deux mots sur les corps fibreux de l'utérus, par Pugliese (*Lyon méd.*, 3 décembre 1876, p. 481).

Des manifestations syphilitiques chez la femme enceinte et chez les nouvelles accouchées, par Moret (*Thèse de Paris*, 1875).

Sur l'anatomie des kystes de l'ovaire, par de Sinety (*Gaz méd.* 1876, p. 245).

Polype fibreux du col de l'utérus, par Alph. Guérin (*Union méd.* 1876, 1er août, p. 170).

Tumeur fibro-sacromateuse du ligament large, ovariotomie, guérison, par le Dr Derville (de Roubaix) (*Bull. méd. du Nord*, mai 1876).

Myome utérin en voie de crétification, par Monod (*Soc. anat.*, 25 février 1876. *Progr. méd.* 1876, 8 juillet).

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Mémoires sur la galvanocaustique thermique, par le Dr A. Amussat fils, avec 44 figures intercalées dans le texte. Germer-Baillière, éditeur. Paris, 1876.

Mémoire sur la nature et le traitement des convulsions des femmes enceintes et en couches, par le Dr N. Charles (de Liége). Bruxelles, chez Manceaux, et Paris, chez Delahaye, éditeurs.

De l'absence de l'utérus, par le Dr Félix Ribard (Thèse de Montpellier, 1877).

Étude sur les résultats définitifs des amputations, par le Dr H. Viard, ancien interne des hôpitaux de Paris. J.-B. Baillière, éditeur. Paris, 1877.

Étude sur une forme d'adéno-lymphite péri-utérine, par le Dr Georges Mary. J.-B. Baillière, éditeur. Paris, 1877.

Note sur un cas de mort subite par embolie pulmonaire ayant pour origine une thrombose iliaque due à la compression par un fibroïde utérin volumineux, par le Dr Duguet, médecin des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté (pièces présentées à la Société médicale des hôpitaux, séance du 27 octobre 1876).

Revue médicale Roumaine, rédacteur en chef : Dr C.-A. Polichronie.

Traité pratique des maladies des ovaires et de leur traitement, par le Dr Boinet, 2e édition. Masson, éditeur. Paris, 1877.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. Leblond.

A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Mai 1877.

TRAVAUX ORIGINAUX.

LA SECONDE

SUR LE FORCEPS A AIGUILLE

Par le professeur PAJOT.

A M. le docteur TARNIER, professeur agrégé de la Faculté de Médecine, etc.

Le clan du silence, vous le voyez cher ami, ne me compte point parmi ses membres, la conspiration du mutisme ne m'a pas enrôlé, contre vous, et je reprends ma bonne plume de combat pour vous répondre. Consolez-vous, les affectations de dédain sont le plus souvent des aveux d'impuissance. Votre avis n'est pas le mien, je le dis. Je discute vos travaux, donc je les estime. Se taire devant vous et dénigrer tous bas, exige un caractère spécial et une éducation particulière. N'ayant

point l'un et dès l'enfance privé de l'autre, vous excuserez mon insuffisance à dissimuler mes sentiments.

Heureux d'applaudir à vos laborieuses recherches, je me vois forcé, à mon grand regret, de n'en point accepter les résultats. Sans la franchise de la critique, quelle valeur aurait l'éloge?

Entrons dans la question.

En tout, les raisons priment les autorités (1). Quand les autorités s'accordent avec les raisons, les questions sont jugées pour les esprits droits.

D'abord les autorités.

Denmann.

« Le succès de toute opération dépend nécessairement de la justesse de l'idée qu'en a l'opérateur et de l'habileté dont il manie l'instrument » (Denmann, page 245).

Burns.

« Il ne faut pas porter *rapidement* ou *fortement* le forceps en *avant* ou en *arrière* contre le pubis et contre le périnée » (Burns, page 308).

Baudelocque.

« L'accoucheur qui a toujours présent à l'esprit les différentes courbures de l'instrument, la forme du corps sur lequel il veut l'appliquer, celle du bassin et la *direction de son axe* rencontre bien moins de difficultés que celui qui ne fait aucune attention à toutes ces choses ou qui les ignore » (Baudelocque, paragraphe 1751).

Baudelocque.

« Il ne faut jamais tirer en ligne droite, parce que la tête descendrait plus difficilement, ainsi que l'a fait observer le

(1) *Thèse d'agrégation*, Pajot, 1853.

célèbre auteur de cet instrument..... mais porter alternativement l'extrémité externe du forceps vers l'une et l'autre cuisse, en même temps qu'on tire à soi..... et relever insensiblement cette extrémité VERS LE VENTRE de la femme à mesure que la tête s'engage dans le détroit inférieur et la vulve » (Baudelocque, paragraphe 1757).

Baudelocque.

« On saisit ensuite le forceps des deux mains, savoir la gauche placée *au-dessus* de la jonction des branches PRÈS LE PUBIS DE LA FEMME, et de la droite A SON EXTRÉMITÉ » (Baudelocque, paragraphe 1765).

Lachapelle.

« Dire qu'une main suffira pour achever l'extraction (Baudelocque) n'est-ce pas dire que la tête ne tient presque à rien et qu'un faible effort la fera sortir. »

« Quand une fois la tête est hors des parties osseuses, elle ne rétrograde plus. »

« S'il le faut, je fais pousser la femme; mais la présence de la tête, *à la vulve*, l'y engage assez par les ténesmes qu'elle occasionne. » (*Lachapelle*, *p.* 70, 1er *vol.*)

Gardien.

« L'opérateur place la main gauche PRÈS DES PARTIES EXTÉRIEURES et la droite à l'extrémité de la branche de manière que l'instrument *repose* dans l'intervalle qui existe entre le pouce et le doigt indicateur, les quatre derniers doigts placés à gauche et le pouce vers le côté droit » (Gardien, 2e vol., page 238).

Capuron.

« Au détroit supérieur... On empoigne ensuite l'instrument des deux mains dont la gauche est placée *vers les parties géni-*

tales et l'*autre à l'extrémité* qui sert de crochet » (Capuron, page 542).

Hatin.

« Au détroit supérieur l'indicateur de la main qui *se trouve* PRÈS *des parties genitales* » (Hatin, page 186).

Jacquemier.

« Au détroit supérieur l'instrument n'est pas parallèle à l'axe du détroit abdominal et de la partie supérieure de l'excavation, MAIS IL L'EST ASSEZ POUR EMPÊCHER QUE LA TÊTE NE SOIT ENTRAINÉE ET RETENUE CONTRE LE PUBIS comme cela arriverait si on négligeait d'abaisser fortement le manche » (Jacquemier, page 397).

Nægele et P. Dubois.

(AXES DU BASSIN.) Il est d'autres auteurs, au contraire, qui se sont efforcés d'apporter dans les résultats de leurs recherches *une précision mathématique*, et qui pour atteindre ce but ont emprunté à la géométrie le secours de procédés scientifiques *peu applicables à cette matière* ET D'AILLEURS VÉRITABLEMENT SUPERFLUS. Une solution rigoureuse n'était guère possible, en effet, dans la seule condition où elle serait désirable, c'est-à-dire sur la femme vivante et je puis ajouter, AINSI QUE L'A FAIT OBSERVER, AVEC BEAUCOUP DE RAISON, LE PROFESSEUR NÆGELE, QU'ELLE N'ÉTAIT NULLEMENT NÉCESSAIRE (P. Dubois, *Traité complet*, page 65) (1).

P. Dubois et Nægele représentent ensemble quatre-vingts ans de pratique et d'expérience. Si vous me permettez d'y ajouter les trente-cinq années d'un disciple infime, votre serviteur,

(1) Cette note était tout à fait sortie de ma mémoire, je l'ai retrouvée par hasard. Quel renfort ! dans tous les sens.

non pour la stupide vanité d'accoler son nom à côté de ces deux grands maîtres, mais par la simple raison qu'il se rallie absolument à leur opinion, voyez, vous avez déjà plus d'un siècle d'expérience peu favorable à la recherche de l'axe exact.

Vous êtes dans votre droit, il est vrai, mon cher ami, en refusant votre adhésion à l'avis de ces vieilles barbes (c'est le mot à la mode).

Les raisons priment les autorités, je ne m'en dédis pas.

Voilà deux grandes autorités. Je pourrais peut-être dire trois grandes autorités, si ce qu'on m'a fait entendre de l'avis de M. Stoltz était fondé. Je n'oserais l'affirmer, ne le tenant pas de lui-même.

Voyons vos raisons.

Sans vous infliger la banalité de l'*amicus Plato*...., ce sera le fond de ma réplique. Mes leçons à la Faculté ont assez souvent dit le bien qu'on devait penser de vous, pour qu'il me soit permis de m'escrimer ici contre votre forceps, sans toucher à votre mérite et surtout sans être obligé de mettre une sourdine à mon tempérament, vous le savez, cher ami, plus qu'un évêque, grave, quand il faut l'être, mais toujours disposé à s'en dédommager.

Avant d'étudier vos réponses à mes objections, rappelons d'abord les trois embarassantes questions auxquelles vous n'avez pas répondu, ne mentionnant même pas les deux premières et éludant la troisième.

1° Les connaissances anatomiques selon vous « *étant toujours incertaines*, » comment pouvez-vous tirer suivant un axe que vous ne connaissez pas ? Silence.

2° Est-ce pendant l'*entrée* ou pendant la *sortie* du forceps qu'on observe surtout les graves accidents de son application ? Silence.

3° Vos dessins ne représentent-ils point des forceps qu'on ne pourrait pas articuler, la tête étant *au-dessus du détroit supérieur?*

Réponse. Je n'ai voulu représenter que des têtes engagées dans le détroit; et dans vos explications, vous dites, tantôt *au détroit*, tantôt *au-dessus du détroit*.

Alors, oui, vos dessins sont exacts, excepté celui de votre

réponse, qui ne vaut rien, car de l'aveu de vos amis, contrairement à ce que vous dites, *Annales de gynécologie*, nº d'avril, page 243, « *La figure I représente une application de forceps au détroit supérieur.* »

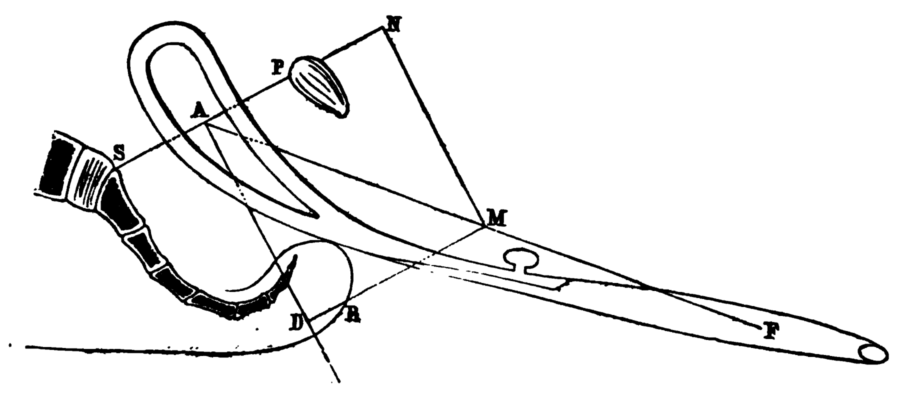


Figure I.

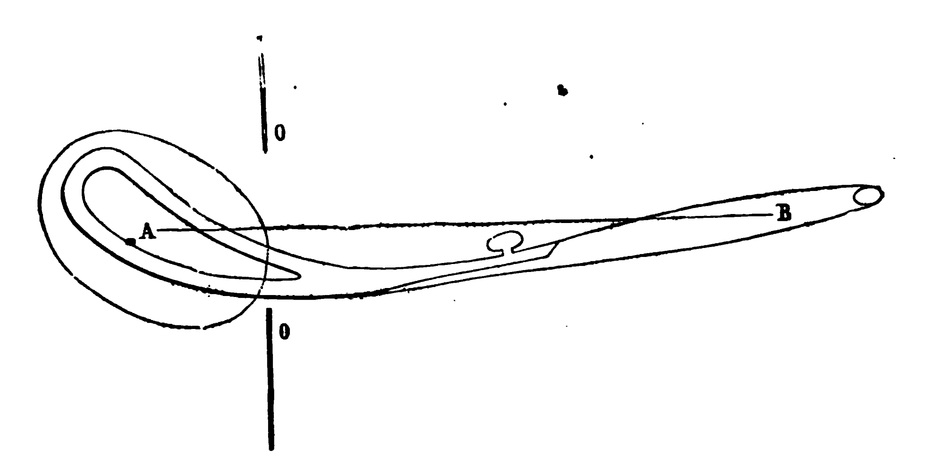


Figure III. — Schéma.

La figure représente une tête engagée à ce point, qu'avec une bosse séro-sanguine ordinaire, on la verrait de la vulve.

Comparez d'ailleurs avec la tête du schéma fig. III. Placez cette tête dans la cuiller de la figure I, comme elle l'est dans la

précédente, c'est-à-dire à 3 ou 4 millimètres de la partie inférieure de la cuiller, et que les accoucheurs disent si c'est là une application de forceps au détroit supérieur. Mais ceci importe peu.

J'admets vos autres dessins comme exacts, puisque vous ne vouliez appliquer votre forceps que sur des têtes *engagées*, mais alors, vous avez éludé la *véritable* difficulté, la *grande* difficulté, *la seule* difficulté.

La tête déjà engagée se trouve guidée par le bassin. Votre forceps, mon forceps, les forceps courbes parmi les 134 forceps connus, accoucheront parfaitement les femmes ; la seule différence sera dans le manche, c'est-à-dire l'accoucheur.

Dans ces cas-là surtout, bien que conçus pour des buts contraires, le forceps est comme l'épée. Tant vaut la main, tant vaut l'outil.

Or, dans tous les accouchements visés par vos figures et vos descriptions, s'il y a des difficultés sérieuses avec le forceps on peut dire hardiment ceci : La cause n'en sera pas *une fois* sur *mille* dans les *directions*, mais bien dans les *dimensions* ou les *defauts d'accommodation*.

Les applications de forceps *au-dessus du détroit supérieur*, voilà la pierre de touche de votre instrument. Comment, vous reconnaissez, avec raison, que le grand inconvénient (facilement évitable selon nous), du vieux Levret, se montre *surtou au-dessus du détroit supérieur* et vous choisissez pour me prouver les avantages du vôtre, précisément les cas ou il n'est pas appliqué *au-dessus du détroit supérieur !*

Vous avez soutenu, il est vrai, qu'avec le forceps usuel on no pourrait tirer dans l'axe à aucune hauteur. Je vais donc avoir le plaisir de vous mettre en contradiction flagrante avec vous-même, pour vous prouver le peu de valeur de cette assertion.

Vous avez écrit, page 9 de votre Mémoire (1) : « *Avec le forceps ordinaire, on ne peut* JAMAIS *faire de tractions suivant l'axe du canal pelvi-génital*, QUELLE QUE SOIT D'AILLEURS LA HAUTEUR A LA QUELLE LA TÊTE FŒTALE EST

(1) *Description de deux nouveaux forceps*. Lauwereyns, éditeur; Paris, 1877.

PLACÉE : DÉTROIT SUPÉRIEUR, EXCAVATION, DÉTROIT INFÉRIEUR, ORIFICE VULVAIRE. » Et dans les conclusions : *Je reproche au forceps actuel* « de ne JAMAIS *permettre de tirer suivant l'axe du bassin.* »

Voilà du catégorique.

Un accoucheur très-distingué s'est chargé de vous répondre (*Annales de gynécologie,* avril, page 249) et de vous mettre le doigt sur votre erreur.

« Je sais qu'AU DÉTROIT INFÉRIEUR et à l'ORIFICE VULVAIRE, *on peut abaisser le manche du forceps jusqu'à ce que la* DIRECTION DES TRACTIONS VIENNE COINCIDER AVEC L'AXE DE L'OUVERTURE QUE LA TÊTE DOIT TRAVERSER. » (*Annales de gynécol.*, avril, page 249.)

Cet accoucheur est mon ami très-affectionné M. le docteur Tarnier.

Personne ne doutait qu'il sût cela. Alors pourquoi traiter du haut en bas mon vieux forceps ? Pour rehausser les mérites d'un frère utérin, tout récemment introduit dans le monde, et ne comptant encore que de rares succès auprès des femmes.

Afin d'atténuer cet aveu déchirant mais juste, vous ajoutez « *que la tête régulièrement et solidement saisie tend avec les cuillers à franchir la vulve dans une direction oblique dangereuse* » ; mais cette assertion qui paraît exacte sur le papier, ne l'est pas dans la pratique, par la double raison 1° qu'on pourrait relever un peu plus les manches ; 2° que vous ne tenez, dans votre hypothèse schématique, aucun compte de la puissance active déployée par le périnée poussant la tête vers l'ouverture, par sa tendance à revenir vers ses dimensions normales, en vertu de son élasticité.

La souplesse est une puissance aussi. A défaut du périnée, certains accoucheurs et certains politiques vous le démontreraient encore.

Voilà pour mes objections non résolues.

J'aborde les répliques à vos réponses.

Tout ce qui est en petit caractère est TEXTUELLEMENT de vous.

« Vous me reprochez tout d'abord d'avoir inventé un forceps *pour les*

ignorants. C'est assurément là une simple boutade de votre part, néanmoins je proteste contre elle. Le forceps que j'ai inventé est fait pour tous les médecins, et tous reconnaîtront, tôt ou tard, qu'il a sur le forceps ordinaire de nombreux avantages. »

Mon cher ami, si je reconnaissais avec vous les notions anatomiques « *comme incertaines* » et s'il m'était démontré que néanmoins, je puis, avec votre forceps, tirer plus convenablement qu'avec le mien, n'ayant plus de confiance en ces notions insuffisantes, je ne chercherais pas à les acquérir, si je ne les possédais pas; et alors, évidemment, je serais plus ignorant encore que je ne le suis.

Sans doute, *a fortiori*, cela n'empêcherait pas d'autres plus instruits d'user de votre instrument, mais il n'est pas fait pour eux. Ils n'en ont pas besoin. La preuve est dans un de vos arguments. Pour expliquer la préférence accordée au vieux forceps, vous êtes contraint d'invoquer plus tard l'habileté à le manier. C'est donc pour remplacer cette habileté, dans une certaine mesure, qu'un forceps, tirant dans l'axe, doit avoir été imaginé. Ai-je bien ou mal raisonné?

La suite est la reproduction de votre mémoire. J'arrive à votre conclusion sur cette question « AVEC QUEL FORCEPS PEUT-ON LE MIEUX TIRER SUIVANT L'AXE DU BASSIN? »

« Il est impossible, on le voit, de tirer suivant l'axe du détroit supérieur, et d'éviter les compressions nuisibles, *lorsqu'on saisit à pleines mains les manches du forceps ordinaire*. C'est là un point, cher maître, que vous m'avez concédé sur-le-champ quand vous m'avez fait l'honneur d'examiner mes instruments. Cette concession a une portée considérable, car elle ruine le crédit que tous les accoucheurs avaient accordé jusqu'ici au forceps considéré comme instrument de traction. Vous l'avez bien compris, aussi vous avez ajouté immédiatement que depuis plus de trente années, vous enseigniez *à tirer autrement*. Vous faisiez ainsi allusion à une manœuvre dans laquelle l'opérateur place ses mains de telle sorte que l'une d'elles soutient les manches du forceps, tandis que l'autre est appliquée sur l'articulation et exerce en ce point une pression dirigée de haut en bas.

« Que faut-il penser de cette manœuvre lorsque le forceps est appliqué au-dessus du détroit supérieur? A mon avis, elle est presque impossible. En voulez-vous la preuve? Vous avez rapporté une observation d'application de forceps, dans laquelle votre succès a été dû à ce que *le pivot était entre les grandes lèvres* (loc. cit., p. 172 et 173). Or, je vous le demande, comment auriez-vous fait, dans ce cas, pour exécuter votre manœuvre de prédilection? »

Je ne crains pas d'écrire, mon cher Tarnier, sauf la concession faite, autant d'assertions, autant d'erreurs.

Il est impossible de tirer suivant l'axe du détroit supérieur (et vous n'avez représenté que des têtes engagées pour prouver le contraire, avec le vôtre)! Cela est impossible, oui, en tirant comme vous tirez, mais cela est très-facile en tirant, comme moi, je tire.

Il est tout aussi aisé, *plus aisé*, qu'avec le vôtre, en tirant comme je tire, et comme j'apprends aux autres à tirer, d'éviter les compressions nuisibles; seulement il ne faut pas « *saisir à pleines mains les manches* », c'est cette manière antiraisonnable de tirer qu'il faut proscrire.

Un homme intelligent, *sans être accoucheur*, ne s'y trompera pas un instant.

Demandant hier à M. Mathieu père, comment il sortirait d'un bassin de femme un forceps engagé jusqu'au pivot.

Du premier coup, il trouva le sens des tractions.

Vous vous abusez tout à fait, mon cher ami, sur la portée de ma concession : à savoir qu'en tirant sur les manches comme vous tirez, on ne tire pas dans l'axe. « *Cette concession ruine, dites-vous, le crédit du forceps comme instrument de traction.* » Si vous aviez ajouté *directes, sur l'extrémité des manches*, ce serait vrai (1).

Je ne pense donc pas avoir ruiné un crédit refusé au forceps par tout homme pourvu de la moindre réflexion.

Si ce crédit avait existé, je serais heureux de l'avoir fait perdre. Je dois renoncer à cette gloire!

Mais la démonstration de son absence, c'est vous, cher ami, qui l'avez donnée. Vous semblez l'oublier.

« *Tous les accoucheurs* l'accordaient, dites vous! Mais que faisaient donc « Hubert de Louvain, Coutot, Chailly, cités par vous, sans compter ceux qui, comme moi, ont enseigné ou pratiqué des tractions, et autres que les directes, et ailleurs que sur les extrémités des manches.

---

(1) Ni Smellie, ni Levret, les deux Baudelocque, Gardien, les deux Dubois, ni personne, n'a jamais conseillé de tirer ainsi. (*Voir les autorités.*)

Voila donc la portée considérable annulée par vous-même.

Tous les accoucheurs n'accordaient pas ce crédit, détruit, disiez-vous, par ma concession.

D'ailleurs, je tire *autrement* que vous, s'ensuit-il que je ne tire pas?

Je dirige mes tractions *en arrière* et *en bas* par un mouvement de levier plus puissant que vous ne semblez le croire et sans aucun danger, car le point d'appui est une de mes mains.

De plus qu'avec votre instrument, mon forceps exécutera des petits mouvements de latéralité contre lesquels les déclamations absurdes n'ont pas manqué. Ils ont trouvé contre eux les tracteurs pour détracteurs, mais ils n'en sont pas moins inoffensifs et des plus efficaces dans les mains d'un homme prudent. Smellie, Levret, Baudelocque, Dubois les employaient et bien d'autres, comme le prouvent mes citations. Ils n'ont contre eux que d'illustres inconnus et de célèbres ignorants.

Vous vous demandez, mon cher ami, ce qu'il faut penser de ma manière lorsque le forceps est au-dessus du détroit supérieur.

Je pourrais vous faire observer qu'avant de vous répondre, j'aurais voulu voir votre instrument, à vous, *au-dessus du détroit supérieur*, car voici ce que vous écrivez.

« La plupart de mes dessins ne représentent pas le forceps appliqué *au-dessus* du détroit supérieur, mais sur une tête dont le centre serait arrêté *au niveau* même du détroit supérieur, la moitié de cette tête étant par conséquent engagée dans l'excavation. »

J'aime mieux répondre à votre dernière question. « Comment auriez vous fait dans ce cas ? »

Comme le philosophe qui marchait pour démontrer le mouvement.

J'ai accouché la femme par ma manœuvre et elle avait un rétrécissement moyen, et la tête n'était point engagée et la femme s'est bien portée. L'enfant (à terme) étant mort depuis plusieurs heures, je dois à la vérité d'avouer que ma manœuvre ne l'a pas rappelé à la vie !

« Non-seulement je conteste l'efficacité de cette manœuvre lorsqu'il

s'agit du détroit supérieur, mais j'ose affirmer qu'elle est très-peu employée. Autrement, tous les auteurs classiques l'auraient décrite ; or, je n'en trouve aucune trace dans la plupart de leurs ouvrages. Vous ne l'avez même pas indiquée dans le tableau où vous avez résumé, avec une clarté et une précision remarquables, les règles principales de l'application du forceps! »

Vous avez tort, mon cher ami, de contester son efficacité puisque je n'ai, pour ma part, jamais accouché de femmes avec des rétrécissements légers on moyens par une autre manœuvre, ce qui m'a toujours fait rejeter le levier, vous verrez bientôt pourquoi.

Il y a bien d'autres choses employées par P. Dubois, et qu'il n'avait jamais décrites que dans ses leçons.

Toutes les autorités citées plus haut plaçaient les mains comme il convient de le faire pour cette manœuvre, et personne n'a jamais saisi le forceps, avec les deux mains, par les manches, comme vous le supposez toujours (voir les citations).

Je ne l'ai pas indiquée, dites-vous, dans mes tableaux, je n'ai pas mentionné non plus la direction des axes, en conclurez-vous qu'iis m'étaient inconnus ?

« J'ai démontré, je pense, qu'avec le forceps ordinaire, il est impossible de tirer efficacement dans l'axe du détroit supérieur. »

Vous vous illusionnez complètement, mon cher Tarnier, si vous croyez avoir démontré cela.

Vous avez démontré qu'en *tirant mal* avec mon forceps, on ne tirait pas dans l'axe; mais vous n'avez même pas démontré qu'en *tirant bien* avec le vôtre *au-dessus du détroit supérieur*, on tirerait mieux qu'avec le mien, car vous l'avez dit, vous avez toujours supposé la tête engagée. C'est, en effet, *l'une* des causes de vos erreurs, comme je le démontrerai plus loin.

En d'autres termes, vous n'avez pas démontré qu'il fût impossible, *au-dessus du détroit supérieur*, de tirer avec Levret suivant l'axe, *en tirant bien;* mais vous n'avez pas non plus démontré qu'on peut tirer *dans l'axe* avec Tarnier *au-dessus du détroit supérieur*, ni en *tirant bien* ni en *tirant mal*, puisque vos têtes sont toujours engagées, cas auxquels *tous* les forceps courbes réussissent quand ils sont bien maniés.

« Je suis d'accord avec vous, lorsque vous conseillez de ne pas tirer sur le forceps en y suspendant tout le corps ; mais à votre formule : *plutôt trop peu, que trop*, je préfère la suivante : *ni trop, ni trop peu.* »

Désolé, cher ami, de vous arracher encore, ici, une de vos illusions. Votre formule est excellente pour les extractions *réussies. achevées*, pour les accouchements *terminés.* — Vous tirez — la tête cède — vous maintenez vos tractions à ce degré, vous n'avez tiré, *ni trop ni trop peu.* Mais ces accouchements-là ne sont pas en cause. Vous le direz vous-même tout à l'heure.

Vous tirez — la tête résiste — vous tirez plus fort — elle résiste — vous tiré de toutes vos forces — elle résiste toujours. Vous êtes obligé de remettre l'extraction à quelques heures. — Vous êtes sûr d'avoir tiré *trop peu* pour l'extraction ; êtes-vous certain de ne pas avoir tiré *trop* pour l'enfant et les tissus maternels ?

Parlant ensuite de ma manière de tirer, vous dites en rapportant les artifices gymnastiques employés par certains accoucheurs pour appliquer le procédé.

« Cette gymnastique prouve que les accoucheurs qui n'ont pas craint de l'employer, avaient reconnu l'inefficacité de leurs efforts, lorsqu'ils s'étaient bornés à soutenir les manches avec une de leurs mains, tandis qu'avec l'autre ils appuyaient sur la partie articulaire du forceps. »

Elle prouve que si ces accoucheurs avaient confiance dans le procédé jusqu'à en forcer l'exécution et le dénaturer, ce procédé n'a pas la prétention de vaincre les obstacles invincibles et vous ne pensez pas, je veux le croire, qu'avec votre forceps, vous franchirez, la tête saisie, *tous* les rétrécissements dans lesquels vous aurez pu pénétrer. Si le forceps actuel avec son action possible de levier ne parvient pas à engager la tête ; comment vos tractions directes, amenant un effet moindre, avec une force égale, pourraient-elles réussir ! (1).

---

(1) C'est la grosse erreur sur laquelle repose toute la théorie des machines appliquées aux accouchements. Ces moyens dangereux ne restent point dans la mesure. On entraîne la tête. La belle affaire. Le fœtus est mort et les tissus maternels écrasés. Et quand ce n'est pas ainsi, les mains d'un accoucheur capable auraient suffi certainement. P. Dubois et Velpeau les jugeaient bien.

Et si, par hasard, la mécanique démontrait qu'avec *une même force* appliquée à un bras de levier (P. Dubois rejetait les forceps à manches courts), on produit un effet plus grand que *par la même force* appliquée à une traction directe?

« Mais vous cherchez à atténuer les conséquences de ma démonstration par l'argumentation suivante : « ..... c'est que la plus grande largeur des « cuillers (5 à 6 centimètres) évolue dans un canal de 11 centimètres; que « l'instrument ne peut, dans ces conditions, jamais léser le canal par lui- « même, dans les bassins normaux, ni arc-bouter la tête contre le détroit, « ou les parois, à moins de tirer avec une ignorance complète. La tête « fœtale seule presse sur les parties molles à chaque traction. Or, nous « savons qu'il faut une pression *très forte ou prolongée* de la tête pour « entraîner des conséquences fâcheuses. » (Loc. cit., p. 169.)

« Pour réfuter cette argumentation, je veux simplement vous soumettre quelques questions : Tous les bassins sont-ils normaux? — Les pressions produites par la tête sur les parties molles qui recouvrent la face postérieure du pubis sont-elles bonnes ou mauvaises? — Les cuillers du forceps ne peuvent-elles pas glisser sur la tête, et leurs bords ne peuvent-ils pas contondre ou couper les tissus qui recouvrent le pubis? »

Vous vous trompez encore, mon cher Tarnier, et votre réfutation n'en est pas une, elle n'effleure pas même mon objection, je ne cherche point à atténuer. Je renverse. A vos trois questions, j'oppose trois questions.

1° « *Tous les bassins sont-ils normaux?* » Dans les bassins *anormaux*, les difficultés viennent-elles des *directions* ou des *dimensions?*

2° « *Les pressions produites par la tête sur les parties molles qui recouvrent la face postérieure du pubis sont-elles bonnes ou mauvaises?* »

Les pressions produites sur les parties molles de la région antérieure de sacrum sont-elles bonnes ou mauvaises?

Ou votre forceps tire plus *en arrière* que le mien, ou il n'a que des inconvénients et nul avantage.

Oui, il tire plus en arrière.

Alors il presse donc *en arrière* et mes doigts, juges impartiaux, avaient raison quand ils criaient. Sans doute, allez-vous me répondre. Mais « *avec des tractions bien dirigées* » (cela est répété jusqu'à trois fois dans votre mémoire) je rectifie ma traction *trop en arrière* et la rends conforme à l'axe. *Avec des tractions bien dirigées*, vous répondrai-je, je rectifie ma traction *trop en avant* et la rends conforme à l'axe.

J'évite la compression *en avant*, vous évitez la compression *en arrière*.

Le fond de votre plaidoyer est ceci :

Vous voulez me contraindre à me servir *mal* de mon instrument et alors nécessairement vous le déclarez détestable, puis vous voulez me forcer à me servir *bien* du vôtre et alors vous le proclamez excellent.

Le plus parfait des instruments ne résisterait pas à un pareil mode d'argumentation.

Votre forceps est plus compliqué (ce n'est pas niable), plus difficile à introduire, par sa forme et son volume, si on le voulait solide (le modèle ne l'est pas); et c'est dans l'introduction et le placement qu'on rencontre surtout le danger. J'ai vu P. Dubois retirer jusqu'à trois fois une branche avant d'être satisfait.

3o « *Les cuillers du forceps ne peuvent-elles pas glisser sur la tête et leurs bords ne peuvent-ils pas contondre ou couper les tissus qui recouvrent le pubis ?*

Votre forceps afficherait-il la prétention de nous faire entrer dans cette ère nouvelle de l'obstétrique (que vous aidait à ouvrir le pavé d'un maladroit ami) où les forceps ne glisseront plus jamais ?

Alors, s'ils glissent encore, j'en demande pardon au parallélogramme des forces, mes doigts, peu géomètres mais très-sensibles, répondront. Votre forceps, en glissant, ne pourrait-il contondre ou couper les tissus qui recouvrent le sacrum ?

Avec cette différence pourtant. Je sentirai bien mieux que vous le glissement du forceps. Je m'y opposerai beaucoup plus efficacement que vous, ma pression étant toujours proportionnelle à ma traction, grand avantage, dans ce cas, et vous l'avez absolument méconnu.

Desormeaux, par vous cité, n'a rien prouvé contre l'instrument. Il a prouvé contre l'opérateur.

Nous arrivons à un point, cher ami, où je vous l'avouerai, je ne comprends plus (c'est ma faute sans doute) les arguments

de votre défense. Il faut mettre le tout sous les yeux du lecteur.

« Lorsque la tête fœtale est à l'orifice vulvaire, que fait-on ? *La plupart des auteurs conseillent, pour faciliter le dégagement de la tête, de relever l'instrument au devant de la symphyse pubienne et de le coucher pour ainsi dire sur le ventre de la femme.* Telle est la phrase dont je me suis servi dans mon mémoire; mais vous en trouvez les termes exagérés et vous la critiquez ainsi : « L'exagération consiste à dire *de le coucher pour* « *ainsi dire sur le ventre*, je n'ai pour ma part jamais donné ce conseil. « Le relever, oui. » (*Loc. cit.*, p. 169.)

« L'expression de *coucher* vous paraît mauvaise. Je pourrais aisément la défendre; mais je l'abandonne afin de simplifier la discussion, et pour ne plus m'exposer à être taxé d'exagération, je copie dans un livre d'accouchements publié par l'un de vos élèves qui est en même temps votre préparateur, le passage relatif au degagement de la tête : « Une position occi- « pito-pubienne étant reconnue, les tractions auront lieu en bas, jusqu'à « ce que l'occiput soit dégagé sous la symphyse des pubis; puis l'accou- « cheur, se plaçant du côté de la cuisse droite de la mère, adossé à son « bord interne, tournera la main gauche les ongles en-dessous et *relèvera* « *le forceps vers le ventre de la mère*, tandis qu'avec la main droite, de- « venue libre, il soutiendra le périnée ou se contentera de l'essuyer avec un « linge, pour veiller à ce qu'aucune fissure ne se produise. » (1).

D'abord, si vous pouviez défendre l'expression de *coucher*. Vous avez tort de ne pas le faire. Je ne cède point tant que je puis combattre. Examinons. Je vous reproche une *exagération* changeant ma bonne manœuvre en une mauvaise. Pour me prouver combien vous êtes resté dans la mesure, vous me citez le livre de l'un de mes élèves (cela pourrait ne pas m'engager). Il se trouve que M. Verrier a écrit « *relèvera le forceps* VERS *le ventre de la mère* » et a traduit fidèlement ma pensée. Je vous demande à vous même, cher ami, en quoi cela atteint-il mon objection. Peut-être m'abusé-je. Cette citation me paraît lui donner un nouvel appui. Et vous ajoutez :

« N'est-il pas évident, d'après ce texte, qu'en relevant, *avec une seule main*, le forceps vers le ventre de la femme, on ne tire plus dans l'axe de l'orifice vulvaire et que la manœuvre est menaçante pour le périnée? C'est ce que j'ai dit dans mon mémoire, c'est ce que vous contestez (*loc. cit.*, p, 170). *Où est la vérité? Elle est, cher maître, de mon côté*, car, pendant le dégagement de la tête, exécuté comme le décrit M. Verrier, j'ai souvent vu l'extrémité des cuillers du forceps menacer de couper le périnée qu'elles

(1) Verrier, *Manuel pratique de l'art des accouchements*, p. 430.

distendaient outre mesure. C'est là un fait d'observation, et vous avez eu, comme moi, l'occasion de le constater maintes et maintes fois, alors même que le forceps était entre les mains d'accoucheurs très-expérimentés. Ces accoucheurs sont, je le reconnais, le plus souvent assez habiles pour éviter de couper le périnée avec les cuillers de l'instrument, dont ils abaissent le manche dès qu'ils craignent une déchirure. L'enfant naît et tout le monde s'embrasse. Mais si un observateur peu enthousiaste touche avec soin la femme qui vient d'accoucher, il constate parfois que l'extrémité des cuillers du forceps a tracé sur la face postérieure du vagin deux sillons profondément déchirés. La manœuvre, malgré sa réussite, a-t-elle été menaçante pour le périnée et douloureuse pour la femme? Assurément oui. »

N'est-il pas évident, vous répondrais-je, mon cher ami, qu'en écrivant ceci, vous avez complètement oublié ce que vous faites si bien et, qu'à votre avis, je ne fais pas trop mal, c'est-à-dire que ni l'un ni l'autre, dix-neuf fois sur vingt, ni vous ni moi, *ne tirons plus* dans ce moment de l'opération; mais (*même avec le chloroforme*), nous sommes le plus ordinairement obligés de retenir la tête et c'est, tout au plus, par de très-légers et très-gracieux mouvements de droite à gauche, de gauche à droite, et un peu en haut, que nous avons l'air de lui dire pour entrer dans la vie, comme l'ordonnateur du convoi dit aux invités: « Quand il vous fera plaisir! » et si un observateur grincheux est venu jeter un froid sur l'embrassade générale, en constatant des déchirures qui guériront sans lui (il aurait mieux fait, s'il pouvait les éviter, de tirer lui-même), accusez-en, s'il vous plaît, des difficultés insurmontables par un opérateur attentif, ou, dans un cas facile, la manœuvre maladroite d'un accoucheur inexpérimenté. Mais qu'est-ce que cela prouve contre l'instrument; d'ailleurs la démonstration que votre forceps ne déchirera jamais la vulve est encore à faire.

Ouvrir un anévrysme, pour un abcès, ne prouve rien contre le bistouri!

« Mon forceps a une courbure qui permet de tirer suivant l'axe du bassin, par *traction directe*. Vous le niez, cher maître, en disant que si mon forceps ne *coupe pas en avant* comme le forceps classique, il *coupe en arrière* (*loc. cit.*, p. 162); que « l'idée de tirer, en se servant des mains, « suivant l'axe exact, *mathématique*, du bassin au moyen d'un instrument « passant par la vulve, c'est la quadrature du cercle. » (*Loc. cit.*, p. 163.)

« Regardez, je vous prie, la figure 4, et vous verrez qu'elle démontre géométriquement que mon forceps ne *coupe pas plus en arrière qu'en avant*. »

Votre forceps permet de tirer suivant l'axe du bassin *par traction directe, en tirant bien. Oui*, sur une tête engagée et qui obéit. *Non*, sur une tête mobile au-dessus du détroit et qui n'obéit pas. Voilà pourquoi mes doigts, meilleurs juges que le parallélogramme des forces, m'ont fait sentir que votre forceps pressait en arrière *quand je le retenais fortement*.

D'ailleurs quelle singulière argumentation ! En tirant directement sur les manches du vieux forceps, pris dans mes deux mains, vous me coupez les doigts *en avant*. Je l'accuse aussitôt et vous l'admettez. En soumettant le vôtre à la même épreuve, moi qui ne sais pas encore de quoi il est question : je m'écrie, oh! vous avez raison, je ne suis plus pressé *par devant*, je le suis *en arrière*. Et vous de me répondre. Ah! mais non, la géométrie s'y oppose ! C'est, répliquerais-je, qu'en l'appliquant, vous avez négligé certains éléments du problème et je vais vous le prouver.

Il faut que votre forceps tire *plus en arrière* que le mien, ou je le répète, il n'a que des inconvénients et aucun avantage. Quelle sera la limite de cette traction en arrière?

Quand la tête est engagée, je la vois cette limite, c'est la paroi postérieure du bassin, si la traction est un peu trop *en arrière* le bassin la rectifie; comme avec le mien, si elle est trop dirigée en avant : mais *au-dessus du détroit avec une tête mobile* quelles limites aura la traction en arrière? Et puisque votre forceps n'est pas, jusqu'à présent, déclaré *inglissable*, quand il glissera où iront les cuillers ? *En arrière*, puisque c'est la direction sans laquelle il ne peut engager la tête dans le détroit, et s'il ne tirait pas directement dans ce sens, il n'aurait aucune supériorité sur l'ancien.

Le vieux forceps, tenu par mes deux mains, je le dirige, moi. Votre instrument, avec lequel il n'y a qu'à tirer, pourrait être mis en mouvement, même par une machine. Quelle volonté l'empêcherait d'aller trop en arrière, c'est-à-dire de tirer mal, quand la tête est mobile et ne s'engage pas. Vous voyez bien, mon cher Tarnier, que vous avez éludé les seules *vraies* difficultés, car pour tout le reste, le vieux forceps est aussi bon et plus simple que le vôtre *en tirant autrement*; et pour ces cas dif-

ficiles, il vaut mieux que le vôtre. Je ne dirai pas comme vous : « *la vérité est de mon côté* » ; je n'ai jamais écrit cela, je dirai: les lecteurs jugeront.

Je vais essayer de les convaincre encore.

En imaginant un instrument propre à *agir seulement par tractions et directes*, vous avez dépouillé le forceps de l'un de ces modes d'action les plus utiles dans les extractions laborieuses. Le vieux forceps usuel n'est pas seulement un instrument de traction, il est pour l'accoucheur instruit, un tracteur à l'ordinaire et un levier quand on le veut. Tracteur et tractor.

Ce levier, bien manié, a conduit à rejeter l'instrument spécial (*le tractor*, *le levier*) de la pratique des accouchements, non pas à cause de son impuissance, certes, il rend possible, au contraire, une action très-énergique, trop énergique peut-être, mais il a perdu sa valeur parce que le forceps actuel, pouvait le remplacer dans son mode d'action en y joignant la *préhension*. la *traction* et la *dilatation* que le vôtre détruit encore, par parenthèse comme je le démontrerai, car vous ne conservez que la *compression* (*mais à vis* et non proportionnelle) et l'*excitation*, comme le mien.

Cette action de levier est si puissante qu'on a vu des têtes résister aux *tractions* par le forceps et céder à l'action du levier. Si le forceps, dans ces cas, eût été bien employé comme levier, il eût réussi très-probablement.

Vous voulez faire du forceps une sorte de traîneau dont l'accoucheur sera l'attelage. La nécessité ne m'en apparaît pas. Pour moi, le forceps usuel, tracteur et tractor, renferme, pour ainsi dire, plusieurs instruments en un seul et un simple déplacement des mains suffit pour le transformer. Quel avantage !

Cet avantage est si réel qu'il n'a pu échapper à un de nos confrères des plus estimables et des plus aimés. Il a écrit d'une part :

« *Le forceps est avant tout un instrument de traction.* »

Et à propos du levier :

« *Pour moi, l'indifférence dans laquelle on laisse le levier me* « *paraît injuste...* »

« *Avec cet instrument on peut réussir là où on aurait échoué* « *avec le forceps.* »

Il fallait ajouter : en se servant du forceps, *avant tout*, comme instrument de traction.

Qui a écrit ces lignes? Mon savant et excellent ami M. Tarnier (1).

Et c'est lui qui, aujourd'hui, dépouille, bien à tort, le forceps de toute action de levier; ne m'opposez pas la rotation de la tête, car il faut alors réunir toutes les branches et en faire un forceps comme le nôtre. Ce n'est donc pas une objection.

Voyez-vous, l'erreur *dominante* de la conception de votre forceps est que vous supposez comme *constantes* deux conditions; et précisément celles dans lesquelles *tous les forceps réussissent*,

1° La tête engagée ; 2° la tête obéissant à la traction.

Un vieux professeur étranger, montrant dans une vitrine plus de *cent* forceps différents, interrogé sur l'objet de ses préférences, répondait : oh! je préfère n'importe lequel. Dans les cas représentés par vos dessins, c'est le vrai mot de la question.

Vous ne tirez toujours qu'*à peu près* dans l'axe, vous ai-je dit et je le maintiens, vous me répondez :

« Permettez, mon cher maître, je n'accepte pas cette assimilation. Il y a ici plusieurs *à-peu-près*, le mauvais et le bon, sans compter les intermédiaires, de même qu'il y a 90 degrés inscrits dans un angle droit. Si nous tirons tous deux par *à-peu-près*, avec vous les tractions s'éloignent de l'axe du bassin sous un angle beaucoup plus grand qu'avec moi. Ces tractions sont *à peu près* irréprochables avec mon forceps, tandis qu'elles sont *tout à fait* défectueuses avec le forceps classique. »

Ainsi, vous êtes forcé de me l'accorder, vous tirez comme moi, *à peu près* dans l'axe, alors laissons les mathématiques comme *superflues*. Seulement mon *à peu près* est *mauvais* et le vôtre est *bon*. Diable, mais si j'ai déjà des extractions heureuses par cent mille, avec *mon mauvais à peu près*. Combien vous en faudra-t-il pour me prouver que le vôtre est meilleur?

Vous allez me trouver un détestable caractère. Pour moi, les accoucheurs instruits avec leur intelligence et leurs connais-

(1) Cazeaux, annoté par Tarnier, p. 1019.

sances anatomiques, au moins aussi CERTAINES ici, que dans une *ligature* ou une *désarticulation*, guideront toujours mieux leur forceps « *qu'en suivant les oscillations des branches de préhension et en maintenant entre ces branches un intervalle de un centimètre* ENVIRON. *Quand on tire trop bas, cet intervalle augmente ; quand on tire trop haut, les branches de préhension et les tiges de traction se touchent, ce qu'il faut éviter.* »

Et c'est pour un pareil avantage, qu'il faut un forceps à quatre branches, à grande et petite fenêtre, mal commode à manier, avec un loquet et une vis de pression, des manches mobiles et j'ajoute, comme je le ferai voir bientôt, des cuillers abandonnées depuis longtemps, parce qu'elles sont éminemment propres à déchirer le périnée et qu'elles manquent d'une prise solide par la petitesse et l'obturation de leurs fenêtres.

Vous ajoutez dans votre réponse :

« Pour donner plus de poids à vos objections, vous avez pris la peine d'inventer une machine et de la dessiner. Elle repose sur les trois conditions suivantes : *canal osseux immobile ; centre de rotation immuable ; pièces instrumentales inflexibles*.

« Je trouve cette machine excellente pour le bassin que vous avez créé ; mais je ne suis pas de votre avis, lorsque vous dites qu'en dehors des trois conditions énoncées ci-dessus « la recherche d'un instrument destiné à « suivre mathématiquement l'axe du bassin est une chimère. » (*Loc. cit.*, p. 165.) Vous savez, en effet, que pour tirer dans l'axe d'un bassin quelconque, il faut tirer successivement suivant l'axe des différentes ouvertures ou sections de ce bassin, et nous commencerons, si vous le voulez bien, par le détroit supérieur. Or, par la pensée, appliquez votre machine sur le bassin représenté dans la figure 4. Si le centre de la tête est arrêté au point A (fig. 4), votre machine, à moins d'être défectueuse, doit tirer d'abord suivant AB (fig. 4), c'est-à-dire suivant l'élément de l'axe du bassin au point A. Mais regardez attentivement la figure 4 et vous verrez que mon forceps tire aussi suivant AB, bien qu'il ne repose pas sur les mêmes conditions que votre machine. Cette démonstration étant vraie pour le détroit supérieur, le serait également pour les différentes sections du bassin et pour l'orifice vulvaire.

« Votre machine, quoique très-ingénieuse, ne prouve donc rien contre mon forceps. »

Oui, je le soutiens, comme moyen unique d'arriver *aussi près que possible* de l'axe mathématique, il faut ces trois conditions, et votre forceps ne les réalisant pas, cette machine arriverait à un *à peu près* qui serait le *bon* ET IL EST INUTILE, le vôtre deviendrait le *mauvais*, par conséquent PLUS INU-

TILE encore, le mien se trouvant plus que suffisant, ainsi que le prouvent ses milliers de succès, et l'opinion des P. Dubois, Nægele, etc.

Je relèverai seulement un mot malheureux qui certes, mon cher ami, vous a échappé « *pour le bassin que j'ai créé* », dites-vous. Vous n'avez pas créé les vôtres, pourquoi aurais-je créé le mien? Vous avouez avoir copié les vôtres dans Legendre, j'ai fait calquer le squelette du mien dans le livre de P. Dubois, Au point de vue de l'anatomie obstétricale P. Dubois vaut presque Legendre. Vous le pensez comme moi.

Oui, la recherche d'un instrument « *suivant mathématiquement l'axe du bassin est une chimère* »; je l'ai écrit et j'y insiste, sans avoir besoin de vous le démontrer de nouveau, puisque nous en sommes à discuter la valeur de nos deux *à peu près*.

Que votre *à peu près* vaille mieux que le mien, *en tirant autrement*, c'est tout à fait contestable. Mais que l'*à peu près* de la machine en question, aussi *superflu* que le vôtre, vaille mieux que lui, je ne pense pas qu'on le puisse mettre en doute un instant.

Cette machine prouve donc contre votre forceps ceci : qu'en tirant *mieux* que votre instrument suivant l'axe, elle ne tire pas encore dans l'axe mathématique, donc votre forceps ne tire pas dans l'axe mathématique, donc il n'est qu'un *à peu près*, encore plus éloigné que le sien, ce qu'il fallait démontrer.

Le reste est absolument inexact : votre forceps tire suivant AB quand vous tirez *bien* « *avec des tractions bien dirigées* », comme vous le répétez sans cesse. Avec des tractions *autrement* mais également *bien* dirigées, mon forceps tire aussi dans l'axe, et facilement, surtout dans l'excavation. Quant au plancher et à la vulve, j'ai prouvé votre contradiction avec vous-même, en vous citant, sans rien tronquer.

« **Décidément la quadrature du cercle est calomniée par la langue française.** »

Non, mon cher ami, la langue française est une belle langue, claire, disant ce qu'elle veut dire. Vous m'avez rappelé la proportion du cercle à sa surface carrée, je n'en avais pas besoin

pour savoir combien votre famille comptait de mathématiciens éminents. Mais vous avez pris le *figuré* pour le *propre*. Dire, chercher la quadrature du cercle, en français, a toujours signifié : chercher l'*absolu*, quand le *relatif* est seul accessible; l'*idéal*, quand le *réel* seul est possible. S'imaginer, en un mot, par la possession du *trouvé*, arriver à l'*introuvable*.

« En résumé, le forceps classique a l'inconvénient de ne pas permettre à l'opérateur de tirer directement suivant l'axe du bassin; il inflige, par conséquent, au bassin des compressions nuisibles. Pour remédier à cet inconvénient grave, vous recommandez, cher maître, une manœuvre à laquelle on peut faire trois reproches : d'être complexe au point de vue de la multiplicité des efforts d'extraction; d'être dangereuse par suite du glissement possible du forceps qui couperait les parties molles; de faire perdre trop de force. Dans tous les accouchements difficiles, l'utilité que vous attribuez à cette manœuvre ne serait qu'un leurre; c'est ce que je veux démontrer en étudiant la figure 5.

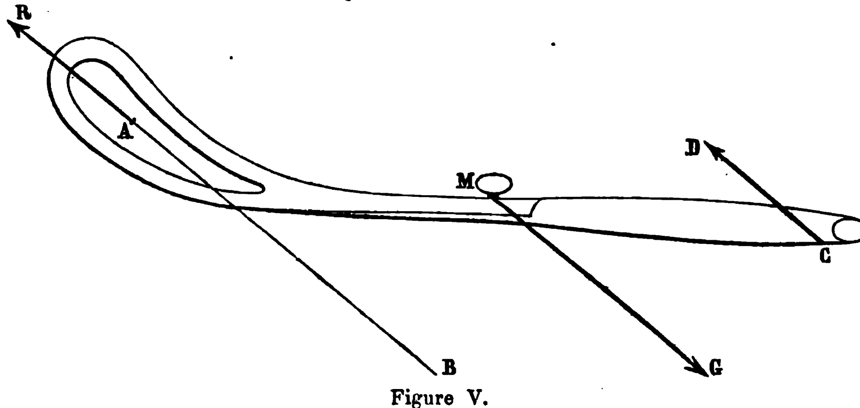


Figure V.

« Supposons que la force nécessaire pour faire avancer la tête suivant la ligne AB, soit de 20 kilogrammes. Admettons encore que vous connaissez parfaitement la direction de cette ligne (axe de l'une des ouvertures du bassin), et que la main avec laquelle vous allez appuyer sur l'articulation du forceps soit au milieu de l'espace compris entre la tête du fœtus et la main qui soutient les manches de l'instrument. Pour faire avancer la tête dans la direction AB et vaincre la résistance AR (20 kilogrammes), il faudra que votre main gauche tire suivant MG, avec une force de 40 kilogrammes, pendant que votre main droite poussera le point C dans la direction CD, avec une force de 20 kilogrammes, si les forces MG et CD sont parallèles à AB. Ainsi, vous serez obligé de pousser d'une main, avec une force de 20 kilogrammes; de tirer de l'autre avec une force de 40 kilogrammes. Vous aurez donc dépensé une force de 60 kilogrammes pour vaincre une résistance de 20 kilogrammes, et on peut assurer que cette force sera certainement dépassée, car vous ne pousserez pas et vous ne tirerez pas exactement dans des directions parallèles à AB.

« Supputez maintenant la force qu'il faudrait déployer, si la résistance de la tête était seulement de 40 kilogrammes. Ce serait là un travail herculéen, qui demanderait tant d'habileté et de vigueur musculaire, que tous les accoucheurs, sans exception, échoueraient dans une telle entreprise.

« Au contraire, mon forceps peut toujours agir suivant l'axe du bassin, par traction directe, *en ligne droite*, sans aucune décomposition de forces. Avec lui, il suffit de tirer dans l'axe avec une force de 20 kilogrammes, quand la résistance offerte par la tête est de 20 kilogrammes.

« Vous reconnaîtrez, je pense, qu'il est beaucoup plus facile et plus fructueux de tirer en ligne droite avec mon forceps, que d'exécuter votre manœuvre avec le forceps classique. »

Ceci va prouver simplement qu'il est toujours dangereux de faire voltiger des poids de 20 kilos devant le lecteur ébloui, parce qu'on s'expose à les recevoir sur la tête.

L'accusation est précise : « *Ma manœuvre est complexe.* » C'est un simple changement de situation des mains !

« *Ma manœuvre est dangereuse* », car le forceps peut glisser. Il paraît que le vôtre ne glissera jamais, pour aller, *en arrière*, probablement, puisque *au-dessus du détroit supérieur*, il doit tirer dans cette direction, sous peine de ne pas tirer dans l'axe.

« *Ma manœuvre fait perdre trop de force.* » Ici l'infaillibilité des mathématiques me condamne. Je n'ai plus qu'à courber le front, à demander grâce ou à mourir, écrasé sous les kilogrammes.

Mon cher ami, vous n'avez oublié qu'un point, avant la sentence, C'ÉTAIT DE CONSTATER L'IDENTITÉ DE L'ACCUSÉE. Peut-être est-ce la manœuvre faite par vous, quand le levier vous a vaincu, dont vous avez exposé la démonstration. A coup sûr, CE N'EST PAS LA MIENNE (1) !

De façon que *complexité*, *danger*, *figure*, *théorème*, *manque de force*, *leurre*, *kilogrammes*, tout est absolument erroné, *quant à moi*, puisque cette fantasmagorie mathématique n'a rien de commun avec ma manœuvre ! Vous ne l'avez pas décrite..... ici. Donc, votre argumentation porte à faux d'un bout à l'autre. Je vais essayer de vous le prouver.

Si, au lieu de la main, on plaçait (fig. 5) *au-dessus* du forceps un point d'appui *immuable*, entre M et la fenêtre ; en supposant

(1) La figure et la démonstration font du forceps un levier interpuissant. Ma manœuvre en fait un levier du premier genre !

l'instrument *inglissable* et incassable (vous pourrez le voir quand il vous plaira) dans les rétrécissements justiciables du forceps, ou bien l'on engagerait la tête, ou bien on l'écraserait, ou l'on ferait éclater le bassin, avec les forces d'un seul homme.

Si cela est vrai, et on le démontrera quand on voudra, pensez-y, mon cher ami, *on peut perdre de la force, il en restera toujours assez à l'accoucheur pour devenir dangereux, s'il n'est pas prudent.*

La main, à la vérité, n'est pas un point d'appui immuable et vous trouverez dans ma thèse de concours : « il faut savoir s'arrêter à temps, là est le difficile »; aussi est-il permis de soutenir que l'engagement *rebelle* à cette manœuvre doit être momentanément abandonné, sous peine de dépasser les limites d'une intervention prudente.

Permettez-moi un rapprochement fort grossier, mais rendant ma pensée très-fidèlement.

Si l'on veut arracher un clou planté fortement dans une muraille, à hauteur de ceinture d'homme; si, le saisissant vigoureusement avec des pinces, on épuise toutes ses forces dans *des tractions directes, sans résultat.* Si, interposant alors un corps résistant, au-dessus de l'outil, entre le clou et la main, l'on transforme ainsi le tracteur *direct* en un levier, dont le point d'appui est le corps résistant. *Avec beaucoup moins de force*, on parviendra à arracher le clou.

Voilà, très-grossi, le procédé que j'emploie et recommande et qui m'a permis d'accoucher un assez grand nombre de femmes présentant des rétrécissements moyens. Il ne faudrait pas, pour cela, m'imputer la prétention ridicule de traverser les angusties insurmontables autrement que par des fractures du crâne ou des déchirures de symphyses. Par ce procédé, j'accoucherai toutes les femmes *accouchables*, j'entends par là, toutes celles qu'on accouchera avec des machines, *les enfants vivants et les femmes saines*. Pour les cas où les mécaniques auront écrasé les enfants au laminoir ou écartelé la mère, c'est le perforateur dont je me sers, par un sentiment d'humanité bien entendue, préférant sacrifier un individu au salut de l'autre, l'enfant à la femme. Dans ces difficultés, en effet, en

cherchant à concilier les deux existences, on les perd toutes les deux. C'était l'avis de P. Dubois. C'est le mien.

Pour arriver à appliquer plus facilement la manœuvre qui, selon vous, « *fait perdre la force* » il faut un forceps à manches longs. P. Dubois blâmait les Anglais de rejeter notre grand forceps. Ils y sont venus.

Comme je ne veux pas qu'on s'attèle à l'instrument, avec ma manœuvre, cela est impossible. Si votre mode de traction était adopté, quand l'homme sera insuffisant, vous verrez un de ces jours, vos manches, si bien disposés en palonnier, recevoir, les mouffles, le treuil ou le cheval de renfort. C'est fatal !

Mais, il n'y a pas de concessions que je ne sois prêt à vous faire, mon cher Tarnier, malgré votre erreur d'identité, j'accepte votre opinion pour un moment. Soit, en promettant de la force *plus qu'il n'en faut, tout en en perdant, « ma promesse est un leurre. Il me faudrait un travail herculéen* ». Vous l'avez dit.

Ainsi voilà qui est entendu, malgré ma plaidoirie.

Au nom de la souveraineté des mathématiques, ma manœuvre (qui n'est pas ma manœuvre) se trouve atteinte et convaincue d'user, presque sans résultat, les forces d'un hercule.

Heureusement, il reste à cette pauvre manœuvre (qui n'est pas ma manœuvre), la cour suprême de l'opinion publique compétente, c'est-à-dire obstétricale. Ma *vraie* manœuvre y fait appel et ..... incident piquant du procès ..... l'accusateur va lui-même présenter comme défense, non pas une justification, mais une glorification de l'accusée. Vous dites à la page suivante (page 256) :

« SUR QUEL POINT DU FORCEPS FAUT-IL APPLIQUER LA FORCE DE TRACTION? — Il est nécessaire d'appliquer la traction le plus près possible du centre de la tête fœtale.

« En effet, *pendant les efforts d'extraction*, la tête est fortement fixée contre les parois pelviennes, et le forceps lui adhère, sinon complètement, du moins assez puissamment pour que les cuillers, toutes les fois qu'elles se déplacent, laissent sur le cuir chevelu la trace souvent trop évidente de l'union qu'elles avaient contractée avec la tête. Dans ces conditions, lorsque tout en continuant à tirer. on change un peu la direction primitive des tractions, en les portant, soit en avant, soit en arrière, la main de l'accou-

cheur, placée sur les manches du forceps ou sur son articulation, AGIT APPROXIMATIVEMENT COMME SUR UN LEVIER TENDANT A FAIRE BASCULER, DE VIVE FORCE, la tête qui est immobilisée dans le bassin, et *l'action malfaisante de ce levier est proportionnelle à sa longueur.* »

Comment !

Le forceps agit « *approximativement* (style militaire) *comme un levier.* »

C'est de « *vive force* » que la tête bascule. Ma manœuvre (c'est vraiment elle ici) « devient *malfaisante* » et elle est *sans force!* Par quel secret une manœuvre que vous avez démontrée *sans force*, peut-elle en acquérir tout à coup assez pour devenir « *malfaisante?* »

Par sa mauvaise direction, répondez-vous.

Nous vous l'accordons, ajouterez-vous, elle est très-puissante, mais comme elle est mal dirigée, elle n'en est que plus dangereuse.

La direction est un point qui n'est pas en cause, *en ce moment.* Elle aura son tour. Il s'agit actuellement *de la force* seulement.

Si la manœuvre peut être « *malfaisante* », c'est qu'elle agit avec force, sans cela elle ressemblerait à la malfaisance de la contraction utérine qui pousse bien, il est vrai, les parties fœtales dans la direction du détroit supérieur, mais sans s'occuper du reste du canal. Le bassin, la souplesse et l'accommodation du fœtus se chargent de la suite.

Allons, cher ami, vous êtes encore ici en contradiction avec vous-même. Ne vous en plaignez pas, c'est votre instruction, votre bon sens, votre pratique, votre talent d'observateur qui vous soufflent la vérité par bouffées. Toutes vos qualités protestent, de temps en temps, malgré vous, contre des théories cent fois démontrées fausses par votre serviteur et par d'autres.

Elles ont été inventées par les prôneurs d'engins nuisibles ou superflus, qui poussent l'absurdité, jusqu'à déclarer qu'un lacs, fixé dans la tête, tire suivant les axes !

Vous le reconnaissez maintenant, n'est-ce pas, *j'ai de la force, je puis en perdre*, il m'en restera toujours assez pour être dangereux, si je ne la contiens pas.

Et, si par hasard, la théorie mécanique démontrait que dans la progression d'un corps, *avec frottements*, le moment du départ exige plus de force qu'il n'en faut, ensuite, pour continuer ? Pouvoir disposer d'une grande force, en ce moment, *avec une bonne direction*, ne serait-ce point une circonstance favorable? (Je reviendrai sur cet argument à propos de l'aiguille.) Or, justement, en mécanique, on démontre cela.

Vous venez de prouver mieux que moi combien la manœuvre a de puissance, permettez-moi de vous démontrer maintenant que sa première direction, au-dessus du détroit supérieur, est absolument bonne et que les autres directions sont ce que l'accoucheur veut qu'elles soient.

Si le point d'appui ne progressait pas vers la vulve, au fur et à mesure de la descente, OUI, la manœuvre serait dangereuse pour la région postérieure du bassin ; mais, comme vous l'avez dit si souvent, mon cher ami, « *avec des tractions bien dirigées* » ce résultat est impossible, parce que chacune des petites courbes (dont la série formera l'axe total) appartient successivement à des circonférences aussi de plus en plus petites, vu le raccourcissement successif du rayon compris entre la main et les cuillers. Ceci est évident, puisque le point d'appui avance toujours vers elles.

A la partie inférieure de l'excavation cette manœuvre est, en général, inutile. Après l'avoir nié d'abord, vous êtes convenu qu'on pouvait, alors, tirer dans l'axe. C'est encore une de vos contradictions.

Puisque *au-dessus du détroit supérieur*, les cuillers sont trop *en avant*, avec le vieux forceps ; si la manœuvre les bascule légèrement *en arrière* elle ne fait qu'entraîner la tête dans la direction de l'axe, et une fois le départ effectué, avec une force moindre et « *des tractions bien dirigées* », on parvient à produire l'engagement, aidé par de petits mouvements latéraux prudents, calomniés par les machines et employés, avec succès, par tous les grands maîtres (*voir les autorités*).

Sans doute, si procédant toujours avec exagération, on prétend engager la tête dans le détroit supérieur en portant brusquement l'*extrémité des manches*, avec les deux mains,

comme pour les accrocher au plafond, on contondra les parties *en arrière*. Autant la manœuvre est rationnelle, ses résultats énergiques, efficaces, en plaçant les deux mains convenablement et *en ne tirant pas directement sur les manches*, autant elle est absurde par sa puissance et sa mauvaise direction, quand elle dépasse les justes limites tracées *par la forme même de l'instrument*.

C'est toujours le fameux raisonnement. L'instrumentiste est ignorant et maladroit, donc l'instrument est mauvais.

Je vous l'ai dit déjà. On a plongé, parfois, le trocart dans l'utérus gravide, on n'a pas encore songé à incriminer le trocart. Il me paraît donc démontré, par vos contradictions mêmes, que ma manœuvre par levier obtiendra, *au-dessus du détroit supérieur* (c'est-à-dire, où se trouve les plus grandes difficultés) *avec une force moindre*, *un résultat aussi grand et plus grand* que vos tractions *directes*, et la direction qu'on voudra.

Il faut, dites-vous ensuite, « *appliquer la traction aussi près que possible du centre de la tête* »; cela est vrai avec les appareils à tractions vétérinaires.

Tirant, sans presser proportionnellement, ne pouvant jamais savoir le moment précis où le forceps glisse, le bassin se trouvant être le seul directeur de la tête; pour remédier à tant de conditions défavorables, tirer près du centre, est important. Mais dans un forceps à cuillers *longues* arrivant à se confondre avec les manches par une obliquité douce, ces cuillers embrassant le crâne en laissant en bas un vide dans lequel il pourra s'allonger (allongement qui diminuera d'autant la tendance à l'agrandissement du diamètre antéro-postérieur sous l'influence des pressions) de plus, une partie du crâne, débordant les fenêtres, à travers lesquelles elle s'engage de chaque côté, et enfin les tractions entraînant *toute* l'extrémité céphalique, le forceps, comme vous le dites, « *lui adhérant* », comment son centre échapperait-il?

Le vieux forceps a ici un avantage évident sur le vôtre, sa fenêtre étant beaucoup plus grande et entièrement libre, une étendue plus considérable des tissus fœtaux y pénètre, rend la prise plus solide et empêche mieux le er de l'instrument d'ar-

river au contact du bassin. Dans certaines difficultés par rétrécissement absolu, cette considération a sa valeur.

« A ce premier avantage vient s'en joindre un second : si, *pendant des tractions à direction déterminée*, la tête s'abaisse, elle trouve d'autant plus de facilité à suivre la courbure antéro-postérieure du bassin, que les tractions qui tendent à la maintenir dans sa direction primitive, agissent au bout d'un bras de levier moins long. Sous le rapport de la mobilité de la tète, il est donc très-utile d'appliquer les tractions le plus près possible du centre de l'extrémité céphalique. C'est encore ce que j'ai fait, et c'est là un des grands avantages de mon forceps ordinaire.

« Avec mon forceps, la tête du fœtus est, il est vrai, emprisonnée entre les deux branches de préhension dont le rapprochement, *effectué par la main*, est maintenu par une vis qui ne peut en aucune façon augmenter la pression. En quoi cette disposition que vous critiquez (*loc. cit.*, p. 170) peut-elle gêner la mobilité de la tête fœtale ? Cette mobilité est, en effet assurée par l'articulation des tiges de traction sur les cuillers, et ne varie pas suivant que celles-ci sont plus ou moins serrées. »

Quelle singulière façon d'augmenter la mobilité de la tête que de la comprimer *d' une manière permanente*, *sans relâche*, avec une vis de pression, toujours serrée plutôt *plus*, que *moins*, car ne pouvant pas apprécier le moment précis où le forceps lâchera prise sur une tête *rebelle*, on sera forcément conduit à prévenir l'accident.

Mais je vous entends me répondre : quelque serrée que soit la tête, cela n'ôte rien à sa mobilité, mes tiges de tractions étant elles-mêmes mobiles, la tête n'est pas plus libre que la vôtre *dans* votre forceps, mais elle est beaucoup plus mobile *avec* le forceps.

Grosse erreur! Quand nous pratiquons vous et moi la céphalotripsie, qu'arrive-t-il après le broiement? La tête écrasée *latéralement*, s'allonge *d'avant en arrière*, au point de produire, au pubis, une vive douleur chez certaines femmes.

Or, cet effet, très-grand, dans ce cas, et par cela même très-visible, se produit dans des proportions beaucoup moindres par la compression du forceps, mais se produit néanmoins.

Avec le forceps de Levret, je proportionne la pression à la traction; quand je cesse la traction, la tête est absolument libre; si la contraction réveillée par le forceps agit encore sur elle, on peut observer la tendance à l'accommodation. Vous comprimez, vous, *en permanence*. La pratique viendra le vérifier,

dans les extractions laborieuses, vous comprimerez toujours plus qu'il ne faudra, par la crainte du glissement. Et l'augmentation *permanente* du diamètre antéro-postérieur de la tête augmenterait la mobilité de la tête! Mon cher ami, vous ne convaincrez personne de la possibilité de ces deux faits contradictoires.

Dans des proportions moindres, autant dire, qu'après le broiement latéral, il reste plus d'espace entre le pubis et le crâne du fœtus!

Ainsi encore un avantage prétendu, tout à fait illusoire.

« Laissez-moi compléter ma pensée par une comparaison : Il y a quelques jours, j'allais de Cannes à l'île Sainte-Marguerite. Le bâteau à vapeur sur lequel je me trouvais, remorquait une barque au moyen d'un câble. Par un hasard singulier, les deux bords de cette barque étaient reliés entre eux par une barre de fer allant de tribord à babord, et terminée à l'une de ses extrémités par une vis et un écrou qui était très-fortement serré, de manière à empêcher les deux flancs de la barque de céder sous la charge qu'ils supportaient. La barque oscillait sur l'eau et exécutait librement, je vous l'assure, des mouvements de roulis et de tangage, exactement comme si la vis, dont je viens de parler, n'eût pas existé.

« Mon voyage n'était pas assez long pour m'exposer à tomber entre les mains des anthropophages que vous avez si plaisamment mis en scène (*loc cit.*, p. 163); aussi, je souriais en comparant le roulis et le tangage de la barque, à la mobilité de la tête fœtale; la vis qui réunissait ses deux flancs, à la vis de préhension de mon forceps; le câble du remorqueur, à mes tiges de traction. »

Comparaison n'est pas raison. Je le concède à Voltaire.

En principe pourtant, la comparaison est utile. Elle éclaire souvent la pensée; par goût, la comparaison maritime ne m'a point pour ennemi. Encore faut-il que les choses comparées soient « *approximativement* » comparables.

Quand je compare une tête résistante à extraire, avec un clou difficile à arracher, on sent une parité grossière. Les conditions de situations, de procédés, d'instrumentations présentent quelques rapprochements possibles, d'où peut naître un surcroît de clarté.

Mais si pour me faire comprendre la position du fœtus, vissé dans votre forceps, vous le comparez à une chaloupe, sous le prétexte de leurs rapports avec la mer et ses vaisseaux, je suis ahuri, mais pas éclairé.

Voyons franchement, mon cher ami, où sont les rapports entre une barque remorquée dont les bords sont reliés avec une tringle, et une tête de fœtus vissée dans un forceps emprisonné, lui-même, dans l'excavation pelvienne.

— Votre barque est portée par un plancher liquide. Elle flotte.

— Le fœtus est partout en contact avec des parois résistantes.

— Votre barque est libre de tous côtés, sauf le point de traction. Sa tringle n'est qu'une portion d'elle-même.

— Le fœtus est enserré de toute part dans une double ceinture de fer et d'os, ces derniers à peine capitonnés par quelques tissus. De plus, vous l'arc-boutez, en avant et en arrière, par une pression *permanente.*

Et vous trouvez dans toutes ces divergences une comparaison possible !

Mais entre votre barque et la tête fœtale, serrée à vis dans votre forceps, il y a moins de similitude, pour la liberté d'allures, qu'entre un canard en pleine eau et un canard dans son œuf.

Ces deux situations, déjà fort peu comparables, le sont beaucoup plus assurément, qu'un canot à tringle sur l'eau salée, et une tête de fœtus dans vos cuillers.

Reste le remorqueur qui a la prétention de nous représenter vous et moi. Pour partager votre sort et vous être agréable, je veux bien accepter le rôle de cette machine, à la condition expresse, cependant, de vous voir m'accorder, sans discussion, ceci : quant à la mer représentant pour vous le pelvis, il n'existe, vous l'avouerez, qu'une analogie des plus lointaines, entre les bassins, les détroits de nos femmes et ceux de la Méditerranée.

Aussi, pour moi, votre comparaison autorise les lecteurs à formuler cet aphorisme : Toutes ces choses sont d'autant plus comparables qu'elles n'ont, entre elles, absolument aucun rapport.

Vous le voyez, mon cher Tarnier, je ne suis point, comme vous l'espériez, encore convaincu et je crains que nos dissidences ne finissent qu'avec notre amitié, c'est-à-dire jamais.

L'expérience que vous me conseiliez de faire, n'ayant de va-

leur qu'avec des *tractions directes sur l'extrémité des branches*, ne me prouverait rien, puisque je ne les admets pas.

Arrivons à un autre point de votre réponse.

« COMMENT PEUT-ON DOTER LE FORCEPS D'UNE AIGUILLE INDICATRICE QUI MONTRE A L'ACCOUCHEUR DANS QUEL SENS IL DOIT TIRER? »

Vous vous reprochez, cher ami, de vous être mal expliqué dans votre mémoire.

Pour mon compte, je ne l'ai pas remarqué et j'ai parfaitement saisi votre pensée.

C'est pour cela que j'ai combattu votre aiguille comme inutile ou « superflue ».

« Que reprochez-vous, mon cher maître, à mon aiguille indicatrice? De ne pas indiquer autre chose que ce qu'indiquent les branches de l'ancien forceps (*loc. cit.*, p. 171). Mais vous n'y avez pas songé, cela est inadmissible, car les manches du forceps classique sont dirigés vers l'Est, quand il faut tirer vers le Sud; ils sont, en outre, déviés par la résistances de l'orifice vulvaire. *De plus, vous mettez les mains sur l'extrémité des manches de votre forceps, comme pour les empêcher d'obéir aux mouvements exécutés par la tête*. Que reste-t-il de l'aiguille que vous croyez avoir découverte dans le forceps usuel? Rien.

Vous reprochez encore à mon forceps et, par conséquent, à mon aiguille indicatrice constituée par les branches de préhension, de se placer dans une direction différente suivant que la vulve est plus ou moins large (*loc. cit.*, p. 170). Je conteste cette assertion. »

Si, cher ami, j'y ai songé, j'y songe, j'y ai resongé, et je dis encore que votre aiguille ne parviendra pas même à me raccommoder avec elle. Inutile dans les accouchements ordinaires, je la crains fâcheuse avec les têtes qui résisteront.

Le forceps usuel, appliqué *au-dessus du détroit supérieur*, indique parfaitement la direction qu'on doit donner aux tractions EN TENANT COMPTE DE SA FORME.

Oui, mille fois, oui, mais vous avez tronqué « EN TENANT COMPTE DE SA FORME ». Cela était pourtant souligné.

Alors, vous me faites dire une bêtise.

« *Il faut tirer au sud et il indique l'est* », vous écriez-vous.

Vous passez ainsi votre aiguille à travers le corps d'une assertion juste dont vous triomphez d'autant plus facilement que, par mégarde, vous lui avez préalablement coupé la tête, pour être plus sûr de la victoire.

Oui, « EN TENANT COMPTE DE SA FORME », le vieux forceps indique à la pensée de l'homme le moins intelligent, mieux que jamais votre aiguille ne l'indiquera aux yeux, comment il faut tirer pour extraire. On le voit, « AVEC SA FORME », placé dans le bassin, mais il ne faut pas admettre, avec vous, ni croire « *que n'ayant pour guide que des connaissances anatomiques toujours incertaines* » on ne connaît pas la direction pratique du bassin. Comment l'aurait-on introduit?

Avec Smellie, Levret, les deux Baudelocque, Nægele, les deux Dubois et presque tous les accoucheurs instruits, il faut (parce que la vérité clinique est, je crois, là), il faut considérer nos connaissances anatomiques comme complètement suffisantes, et autant qu'elles le sont, au moins, pour n'importe quelle opération chirurgicale (*ligature*, *désarticulation*, etc.) :

Et manié par un homme pénétré de ces idées, le forceps ancien atteindra un *à peu près* approchant de la direction exacte *autant*, *sinon plus*, que votre forceps presque automatique, car d'un côté, il y aura un instrument, assez compliqué, plus difficile à introduire, à manier ; et de l'autre, un outil simple, dirigé, non-seulement avec des yeux et des mains, mais aussi avec une intelligence éclairée par des connaissances anatomiques. En d'autres termes, ce point de la discussion, entre nous, se résume en deux phrases :

Vous fabriquez votre forceps pour guider l'accoucheur.

Je fabrique des accoucheurs pour guider mon forceps.

De plus, *avant les tractions*, malgré la négative, je persiste à dire que la vulve influera sur la direction des branches de préhension.

« Un mot encore, avant de terminer ce qui est relatif à ce sujet. On introduit les branches de mon forceps comme celles du forceps classique ; on procède à l'articulation d'après les règles ordinaires ; *puis on tire à peu près dans la direction de l'axe* (ce qui prouve que mon forceps n'est pas fait pour les ignorants) ; *c'est à ce moment et pendant les premières tractions que l'aiguille fonctionne* et rectifie l'erreur que l'opérateur a *pu commettre* dans la direction de ses tractions. *L'aiguille de mon forceps ne fonctionne pas tant que l'on ne fait pas de tractions.* »

Ainsi, au-dessus du détroit supérieur, il faut donc m'en fier à ces connaissances anatomiques incertaines *pour tirer « à peu*

près » dans l'axe. Si cela prouve que votre forceps n'est pas fait pour les ignorants, à coup sûr les gens instruits peuvent s'en passer, car dans le moment où votre aiguille leur serait le plus utile quand il va falloir déployer le plus de force, dans les difficultés, elle n'indique rien.

Je suis dans un carrefour, il y a plusieurs routes. C'est quand j'ai pris *à peu près* celle qui me mène à la maison que vous m'offrez de me montrer mon chemin !

Il y a bien plus fort dans votre mémoire.

« *On tire jusqu'à ce que la tête de l'enfant arrive* AU VOISINAGE DU DÉTROIT INFÉRIEUR. *A ce moment, on prend les lacs..... et on obtient de la sorte une aiguille très-sensible.* »

Tout le monde sait, mon cher ami, que Dijon ne produit pas seulement des hommes distingués comme mes bons amis Richet et Tarnier. Dijon fabrique aussi un condiment célèbre. La sagesse des nations dit : *qu'il ne faut jamais le servir au dessert.*

Il ne me reste plus qu'à examiner vos conclusions. Il faut savoir se borner.

Cependant permettez-moi de vous faire remarquer combien le retour aux dimensions et à la forme ancienne des cuillers est une faute. Il y a cinquante ans, toutes les cuillers étaient comme les vôtres (mais sans double fenêtre) pour la forme. L'histoire de leur changement est presque une légende. Tous les acteurs en sont morts et je ne vous l'aurai pas plutôt contée, que le clan du silence vous dira la connaître. Je la tiens de P. Dubois pendant ma collaboration avec lui. Elle m'a été confirmée par Charrière père. Il y en a encore des preuves chez M. Collin.

Dupuytren mécontent de la forme des tenettes pour la taille, et guidé par son admirable tact pratique, pria Charrière de lui en fabriquer d'une nouvelle forme qu'il lui indiqua. P. Dubois vit ces tenettes, et frappé de leur heureuse disposition, fit faire un forceps sur ce modèle. Il avait substitué la forme en V allongé, à la forme en U majuscule, adoptée jusque-là.

La forme en V est basée à la fois sur les lois de la mécanique

démontrée mathématiquement (vous voyez cher ami ; cela me gagne), et sur l'observation clinique, car cette forme a le triple avantage : 1° de demander moins de force pour dilater les parties ; 2° de permettre au sommet de se loger dans le vide inférieur ; 3° par l'obliquité douce des cuillers à leur union avec les manches, de tirer plus dans le centre des fenêtres.

La théorie du coin est méconnue avec une tête qui touche la partie inférieure de vos cuillers. Vous trouverez à cela un avantage. P. Dubois regardait cette disposition comme fâcheuse. Je partage son avis. Avec ces cuillers, l'angle du coin est beaucoup plus obtus et la tête ne peut que se mouler sur lui sans s'allonger, circonstance tendant encore à augmenter les inconvénients de la vis de pression permanente.

Voyons, enfin, vos conclusions :

« 1° Avec le forceps usuel on peut, selon vous, faire une manœuvre qui amoindrit les pressions dangereuses qui résulteraient d'une traction directe. J'ai apprécié la valeur de cette manœuvre ; je n'y reviens pas. »

Ni moi non-plus. Il me paraît démontré : 1° que je tire, avec plus d'effet que vous et moins de force ; 2° que ce n'est point *automatiquement*, mais avec l'intelligence et les connaissances anatomiques qu'il faut suivre les axes du bassin, pour *sortir* comme pour *entrer*.

« 2° Vous dites (*loc. cit.*, p. 172) : « A part les bassins étroits et les « positions postérieures, dans l'obstétrique usuelle, quand donc le dégagement est-il si difficile ? » Je réponds par l'une de vos phrases : dans les cas faciles « on peut accoucher les femmes avec tout, même avec des pincettes, ce qui n'est pas une raison pour le tenter. » (*Loc. cit.*, p. 166). Les accouchements relativement simples ne peuvent donc guère faire apprécier les avantages ou les inconvénients du forceps usuel. »

Merci, mon cher Tarnier, vous venez de juger définitivement la question !

Quel aveu ! Vous convenez donc de ceci : « Dans les *accouchements relativement faciles, avec le forceps, les avantages ou les inconvénients de notre vieil instrument ne sont guère appréciables*. » Alors comment pouvez-vous apprécier les avantages et les inconvénients du vôtre, dans ces cas-là ?

Or quelle est la proportion de ces accouchements faciles au forceps ?

En disant quatre-vingt-dix sur cent, un de nos amis communs, jeune accoucheur très-distingué, M. Pinard, trouvait que j'étais large.

Donc, quatre-vingt-dix fois sur cent, votre forceps est inutile, car si les inconvénients du mien sont difficiles à apprécier, c'est qu'ils ne sont pas fort appréciables apparemment.

Donc, *quatre-vingt-dix fois sur cent*, Levret, dont les preuves ne sont plus à faire, égalera Tarnier par ses succès, en le primant par sa simplicité.

Restent les dix autres cas. Que Levret puisse produire plus d'effets avec moins de force, c'est mettre en présence *tractions directes* et *levier*. La question est jugée.

Si (ce qu'il faudra prouver) *au-dessus du détroit supérieur*, *avec de grandes résistances*, Tarnier tire mieux dans l'axe que Levret (vous avez vu combien l'expérience valait mieux que les kilogrammes dans ces questions pratiques), il aura toujours moins de puissance. Sa prétention est de ne perdre aucune force, je le sais; la mienne, de produire plus de résultats avec moins de force que lui, et en tirant aussi juste, *mais pas à l'extrémité des manches*.

L'avenir décidera entre nous. Pourtant j'y insiste. *Quatre-vingt-dix fois sur cent*, au moins, les accouchements ne prouveront pas plus les avantages et les inconvénients de Levret que de Tarnier. D'où j'en conclurais logiquement, pour ces cas-là d'abord, l'inutilité de changer le très-simple, pour le moins simple, car ne l'oublions pas, le difficile et le dangereux sont rarement *la sortie*, mais *l'entrée*.

« 3° Ailleurs vous alléguez que « le forceps permet de tirer dans tous « les cas d'une manière suffisante pour la pratique. » (*Loc. cit.*, p. 168 et 169). Est-ce une raison pour ne pas chercher à faire mieux? Le fusil à pierre était suffisant avant l'invention du fusil Lefaucheux, sans compter le fusil à aiguille avec lequel vous m'avez visé (*loc. cit.*, p. 170). »

Si Levret ratait plus souvent que Tarnier, il faudrait chercher mieux.

Si Tarnier avait besoin de *tirer* dix enfants et y réussissait dans le temps employé par Levret, pour en *tirer* un seul, le forceps à aiguille primerait le forceps Lefaucheux. Si Lefau-

cheux tirait aussi rapidement que le fusil à aiguille, il ne faudrait pas chercher mieux.

Si l'aiguille ne se détériorait pas rapidement, on n'aurait pas cherché mieux. Cela pourrait peut-être arriver à votre forceps ; il en a une. Il serait difficile de voir cela arriver au mien ; il n'en a pas.

« Enfin, vous constatez avec satisfaction que, depuis un siècle, des milliers de faits ont démontré l'innocuité du forceps ordinaire (*loc. cit.*, p. 174). Cette constatation doit-elle faire renoncer à tout progrès? Non, car avant la découverte de la navigation à vapeur, les vaisseaux à voile avaient transporté des millions de passagers, et l'on rencontre même quelques officiers de marine qui regrettent encore la vieille voilure et le temps des belles *manœuvres*. »

Mouvement et progrès ne sont pas synonymes. Je vois le mouvement. J'attends le progrès.

Quand il s'agit d'instruments, le progrès n'est jamais dans *la complication*, à moins d'un avantage indiscutable. Il est dans *la simplification*.

Et puis décidément, cher ami, les comparaisons nautiques ne vous sont pas heureuses.

Jugez-en. Le bureau *Veritas* nous apprenant chaque année qu'il se perd vingt voiliers, au moins, contre un steamer, il est tout simple de regarder la vapeur appliquée à la navigation, comme un véritable progrès, sans compter bien d'autres avantages.

Si le vieux Levret (à voiles) perdait vingt femmes ou vingt enfants, quand le jeune Tarnier (à vapeur) n'en perdrait qu'un seul : n'eût-il que cet avantage-là, votre forceps serait reçu à bassins ouverts.

En est-il ainsi. — Pas du tout. Le vieux a fait cent mille fois ses preuves. Les preuves du jeune sont encore à faire, et la théorie pour P. Dubois, Nægele et leur disciple Pajot ne lui est pas favorable. Le plus sage est d'attendre. Les 134 espèces de forceps existantes ont leurs défenseurs.

Voulez-vous une confidence? Vous avez manqué de hardiesse dans vos conclusions aquatiques, cher ami. La vapeur est un progrès incontestable sur la voile. Pourquoi n'en serait-ce point-un sur le biceps? C'en est un. Le canot à vapeur ! Et

votre instrument est certain de tirer dans l'axe avec l'approximation de la quadrature du cercle. Allons. Il n'y a plus qu'à chauffer la locomobile. On ira voir ses malades pendant que 'accouchement mijotera. A la campagne, ce sera joliment commode. Et quelle admirable thèse à soutenir à la Faculté sous ce titre : DE L'OBSTÉTRIQUE MISE AU NIVEAU DES PROGRÈS DE L'INDUSTRIE ET DE LA NAVIGATION.

Il y aurait des chapitres ainsi conçus : *De la supériorité des mouffles, des palans, des treuils et des cabestans sur la force humaine, au détroit supérieur.*

De leur infériorité, en face de la vapeur et de l'électricité, pour la rotation du sommet dans les positions sacrées.

Voilà pourtant où conduirait une pareille logique ! Je garde mon forceps à voile, dût-on m'accuser d'être un vieux conservateur..... de femmes et d'enfants et d'aimer encore les *belles manœuvres.*

« En un mot, en défendant le forceps de Levret, vous n'avez guère invoqué en sa faveur que des circonstances atténuantes; mais vous n'avez pas parlé de la raison principale qui vous fait accorder tant de confiance à votre *vieux forceps;* je vais donc la dire. C'est que vous maniez le forceps avec un art sans égal, car j'ai eu deux maîtres dont j'ai toujours envié l'habileté opératoire : P. Dubois et vous.

« Quant au nouveau forceps que j'ai décrit, j'ai réfuté vos objections et, je l'espère, dissipé vos doutes. Je maintiens donc les conclusions de mon mémoire.

« Je me suis défendu avec une entière liberté, bien convaincu qu'en agissant ainsi je n'amoindrirai pas la bienveillance amicale que vous m'avez toujours témoignée et à laquelle j'attache le plus grand prix.

« Recevez, cher maître, l'expression respectueuse de mes sentiments les plus dévoués. « S. TARNIER. »

J'aurais voulu, mon cher ami, invoquer en faveur du vôtre ces mêmes circonstances atténuantes. Je n'en ai pas trouvé. Votre modestie seule à pu vous faire croire à une habitude de l'instrument plus grande, chez votre collègue, que chez vous-même.

Le public jugera si vous avez réfuté mes objections. Vous jugerez vous-même, si vous avez dissipé mes doutes.

En vous défendant librement, si vous pouviez ajouter de nouveaux titres à mon estime et à mon affection, mon cher ami, vous les eussiez acquis. Vous avez rendu justice au caractère de

votre vieux collègue. Il vous en remercie. Ses yeux ne se baisseront pas, en simulant une hypocrite pudeur. Cette justice, il s'est efforcé constamment de la mériter.

Est-ce que les dissidences d'opinion doivent troubler des relations d'amitié basées sur l'estime réciproque ?

J'ai un vieil ami, très-intelligent, quoique spiritualiste éthéré. Persuadé d'avoir un jour des ailes dans le dos, il espère les utiliser à sa mort pour s'élancer dans les espaces imaginaires. Je lui soutiens qu'il est déjà à la dernière station.

Prêts, je le crois, à risquer tous deux notre vie l'un pour l'autre, nous disputons, régulièrement, tous les jours, depuis quarante années. Jusqu'à sa mort ou à mon ramollissement définitif, cela durera. Et notre affection aussi. Malgré tous les forceps passés, présents et futurs, la nôtre aussi.

Résumons la discussion.

De votre côté :

1° Un instrument plus compliqué (il suffit de le voir) privé de toute action de levier, action d'une efficacité supérieure à la traction directe. Instrument moins commode à manier et à introduire, suffisant, une fois placé, pour les cas où tous les forceps réussissent;

2° Un instrument ayant encore ses preuves à faire, quant à la *direction;* pour les *cas où la tête est mobile au-dessus du détroit* et n'obéit pas à des tractions énergiques;

3° Un instrument muni d'une aiguille destinée à diriger l'accoucheur, aiguille agissant quand l'opérateur s'est déjà guidé tout seul et impuissante à lui indiquer la route, quand il commence à tirer avec force, sans parvenir à engager la tête, c'est-à-dire *dans les cas difficiles*, aiguille inutile d'ailleurs, avec les connaissances supposées chez tout praticien;

4° Cuillers construites contre toutes les règles, excellentes pour les cas où l'on accouche avec des pincettes, mais défectueuses pour les autres, par leur petitesse, par leurs fenêtres obturées en partie, et l'angle inférieur moins aigu, hérésie contre la théorie du coin, au grand dommage de la vulve et du périnée;

5° Des manches disposés en palonnier, invitation à abuser de la force directe, par machines ou moteurs animés.

6° Comme compensation : possibilité de tractions *directes* dans l'axe par *à peu près*, le bassin étant toujours le véritable redresseur des écarts de traction, avantage superflu *quatre-vingt-dix fois sur cent*, à démontrer pour les *dix* autres.

De mon côté :

1° Un instrument commode, simple, facile à introduire, à diriger, à manier, ayant deux branches au lieu de quatre, sans vis, sans loquet. Instrument comptant des succès innombrables. Tour à tour, selon les besoins, *préhenseur* énergique, *tracteur*, *levier*, *dilatateur*, *compresseur proportionnel* à la traction, par cela même, moins sujet au glissement *dans les cas difficiles*, et quand il lâche prise, avertissant, au début, l'opérateur.

2° Un instrument laissant toute liberté à la tête *entre* les tractions et plus de liberté que le vôtre *pendant* les tractions, le crâne ne subissant jamais un allongement antéro-postérieur qui dépasse la nécessité d'une préhension solide.

3° Votre silence sur mes questions embarrassantes.

4° Vos contradictions indéniables sur la *direction* et la *force*,

5° L'autorité des grands maîtres de l'art, considérant le principe même de votre forceps comme « *superflu* ». Voilà nos deux bilans. Le temps et les accoucheurs expérimentés jugeront.

Je ne dis pas : la vérité est de mon côté, je serais juge et partie.

Je répare un oubli et je termine.

Vous m'avez accusé amicalement tout à l'heure de vous avoir visé avec le fusil à aiguille. Je m'en défends. Votre forceps, oui. Votre personne, non. Et si le coup avait porté, qui donc m'eût remplacé dans cette chaire conquise par mon travail, vous revenant de droit par le travail et le talent.

Mais, prenez garde, cher ami. Quand vous entrerez dans cette Ecole de Paris où votre place est marquée, n'en croyez ni vos yeux ni vos oreilles, s'ils vous disent qu'un auditoire rare et discret est la vraie voie pour parvenir.

Si comme l'ambitieux dont vous serez le remplaçant, on dit de vous :

« Il y a vingt ans, j'étais, très-cher maître, parmi les auditeurs de votre cours, au milieu de la foule dont regorgeait le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Vos leçons ne sont pas de celles qu'on oublie. » (P. 242.)

Si dans ce beau et cher pays, menacé dans sa population, vous formez des légions d'hommes capables de sauver la vie des femmes et des enfants, si vous vous donnez à vos élèves, tout entier, sans réserves, ni pour votre santé, ni pour vos intérêts. Si, quand vous voudrez quitter cette jeunesse (qui n'est pas ingrate elle), par un acte sans précédents, sept cents voix vous rappellent dans votre chaire, le doyen en tête : ah ! mon ami, pour vous, quelle brillante perspective !

A la fin de votre vie de travail, fatigué, usé, vous verrez les honneurs accabler votre laborieuse vieillesse. A 60 ans, on lira cette mention officielle auprès de votre nom : « *Trente-cinq ans de services exceptionnels dans l'enseignement supérieur, dont vingt-quatre à la Faculté.* » Et qui sait même..... Où n'atteindrez-vous pas?..... On vous nommera peut-être..... officier d'Académie ! Quel horizon.....

Jetons un voile épais sur cet éblouissant avenir et laissez-moi vous pousser un dernier argument contre votre forceps.

La belle humeur est saine, si elle n'est pas savante. Elle exclut toute idée de fiel. D'ailleurs le rire est bien français. L'âne, de tous les animaux, est le seul toujours grave.

Vous allez trouver mon argument très-faible, il me fait manquer aux lois de la rhétorique, mais il n'est pas de moi. Son auteur était impartial et sans idées préconçues sur le mérite des forceps de Levret et de Tarnier. Il ne les connut jamais, étant mort en 1711. C'est son excuse. Et pourtant ce grand classique, Boileau, avait dit déjà dans un vers prophétique :

Rien n'est beau que LEVRET, LEVRET *seul est aimable.*

Si vous vous en relevez !

Je vous serre bien affectueusement la main.

Professeur PAJOT.

AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITAUX ET SEXUELS DE LA FEMME.

Leçons cliniques professées à l'hôpital de Lourcine,

Par M. le Dr L. Martineau,

Médecin de l'hôpital de Lourcine.

(*Leçons recueillies et rédigées par M. Barthélemy, interne des hôpitaux.*)

PREMIÈRE LEÇON

Messieurs,

Le cours que j'ouvre aujourd'hui a pour objet l'étude des affections de l'appareil génital et sexuel de la femme.

En instituant à l'hôpital de Lourcine, les mercredi et samedi de chaque semaine, des conférences cliniques qui auront lieu pendant toute l'année, mon but a été de vous initier à l'étude pratique, à l'étude clinique des affections des organes génitaux sexuels de la femme. Ceux d'entre vous qui veulent bien suivre ces conférences ont pu se rendre compte de la moisson abondante de faits qui se trouvent dans cet hôpital. Ils ont pu les étudier cliniquement, c'est-à-dire suivre pas à pas la marche, le pronostic, le traitement des affections qu'ils ont été à même d'observer. Ils ont pu comparer entre elles ces affections, en poser le diagnostic et surtout en rechercher la pathogénie, base de toute thérapeutique raisonnée. Les leçons que j'inaugure aujourd'hui, et que je me propose de faire tous les ans à la même époque, ne sont que le complément de nos études cliniques journalières.

Cette année, laissant de côté la syphilis, mon intention est de ne m'occuper que des affections utérines et vulvaires.

L'étude des affections utérines est, pour le médecin, des plus importantes; car ces affections se présentent si souvent dans sa pratique journalière, que, s'il n'en a pas fait une étude, je ne dirai pas approfondie, mais assez sérieuse, il est exposé à commettre des erreurs qui seraient très-préjudiciables pour les malades et pour sa considération. Aussi j'avoue que mon étonnement est grand lorsque je vois cette étude complètement délaissée dans l'enseignement officiel. Ni dans les cours dogmatiques, ni dans les cliniques de la Faculté de Paris, les maladies des femmes sont l'objet d'un cours régulier. Il en résulte que les étudiants quitteraient les bancs de l'école sans avoir acquis la moindre notion sur la pathologie utérine, s'ils ne trouvaient dans l'enseignement libre de mes collègues des hôpitaux les moyens de compléter leur instruction médicale. Voulant, à mon tour, messieurs, marcher sur les traces de mes maîtres dans les hôpitaux et sur celles des savants médecins, Huguier, Gosselin, Alphonse Guérin, Noël Gueneau du Mussy, Bernutz, Fournier, qui m'ont précédé dans cet hôpital, je n'ai pas hésité à vous ouvrir les portes de mon service, grâce à l'appui bienveillant de l'administration générale des hôpitaux qui voudra bien continuer, je l'espère, à me prêter le plus actif concours pour le mieux de votre instruction.

L'étude des affections utérines est des plus importantes, ai-je dit. Pour vous en rendre compte, vous n'avez qu'à considérer les fonctions physiologiques de l'utérus, les sympathies nombreuses qu'il éveille dans l'organisme, la fréquence des lésions qui l'atteignent.

Au point de vue des fonctions physiologiques, qu'il me suffise pour l'instant de vous rappeler que l'utérus est un organe dont l'activité fonctionnelle est toute passagère, et que, suivant l'heureuse expression d'un grand clinicien dont vous m'entendrez souvent citer le nom, le Dr Pidoux, « l'utérus se greffe sur l'organisme à la manière d'un parasite, et que ses souffrances pendant sa période d'action sont d'autant plus variées que son existence est plus précaire. » En effet, les fonctions physiolo-

giques de l'utérus, que j'étudierai plus en détail dans une autre circonstance, sont transitoires comme l'organe lui-même. « Sa vie dure trente ans environ, dit le Dr Tillot ; rudimentaire jusqu'à la puberté, il s'atrophie dans la vieillesse en passant par trois phases successives. Dans la première période, de repos, il est dans l'inactivité la plus complète, son existence n'est en quelque sorte révélée que par la présence du col, qui est aussi le plus souvent la seule partie souffrante de l'organe. Dans la deuxième période, celle d'activité ou d'évolution, il est appelé à remplir deux fonctions nouvelles : la menstruation et souvent celle de la gestation. Enfin, à cette période toute d'exubérance, succède le calme le plus complet, il reprend presque le volume qu'il avait dans l'enfance, chacune des fonctions qu'il remplit : menstruation, grossesse, accouchement, constitue une imminence morbide, et il n'est pas étonnant que les moindres causes altèrent un organe si susceptible de devenir malade.

L'utérus étant, messieurs, le centre des changements opérés dans l'organisme, au moment de la puberté et de la ménopause, changements que vous connaissez et sur lesquels je ne puis insister en ce moment, vous ne vous étonnerez pas qu'il soit l'organe dont les altérations se feront le plus vivement sentir sur la santé de la femme. Aussi est-ce dans cette synergie fonctionnelle qui rattache l'utérus aux autres organes qu'il faut placer la double réaction de l'utérus sur l'économie, et de l'économie sur l'utérus. Cette double réaction, ne l'oubliez pas, messieurs, est de la plus grande importance dans l'étude des affections utérines. Vous aurez à compter avec elle à chaque pas que vous ferez dans cette voie si difficile et si délicate. Elle vous donne la clef de bien des problèmes pathologiques que vous aurez à résoudre.

Elle vous indique à elle seule que non-seulement les affections utérines éveillent dans l'organisme des sympathies morbides nombreuses, variées, qui prenant la première place dans le tableau symptomatique des lésions de la matrice sont l'occasion de nombreuses erreurs de diagnostic, mais elle indique encore que l'appareil génital de la femme peut devenir

malade par le fait d'une maladie générale, ainsi que je vous le démontrerai dans un instant.

Les phénomènes morbides sympathiques éveillés par des lésions utérines sont nombreux, ainsi que vous le verrez, lorsque j'appellerai sur eux toute votre attention. Qu'il me suffise pour l'instant de vous signaler, au point de vue de l'importance que j'attache à l'étude des affections utérines, les troubles des fonctions digestives : dypepsie stomacale et dypepsie gastro-intestinale, gastralgie ; le trouble des fonctions du cœur : palpitations ; les troubles nerveux les plus variés : névralgies, hystéricisme, vapeurs, hystérie, paralysies musculaires, convulsions ; les troubles intellectuels, tels que les hallucinations, les illusions, la monomanie homicide et suicide, etc., etc.

Vous comprenez très-bien, en présence de ces troubles sympathiques si variés, que si vous n'attribuez pas à leur véritable origine tous ces troubles morbides, non-seulement votre diagnostic sera erroné, mais votre thérapeutique laissera beaucoup à désirer.

Tout d'abord vous serez étonné de ne pas réussir alors que les mêmes moyens thérapeutiques réussissaient dans des cas que vous croyez identiques. — Vous modifierez alors vos moyens, vous les modifierez même plusieurs fois, jusqu'à ce que fatigué de tant de luttes, sans avoir obtenu le plus petit résultat, vous abandonnerez la place, si déjà la malade, fatiguée de souffrir, ne vous a pas remercié pour demander à un confrère plus attentif, plus observateur, un soulagement à ses souffrances.

Il est donc de toute nécessité, chez une femme qui accusera des phénomènes morbides nerveux ou autres, à allure insolite, de rechercher avec le plus grand soin l'état des fonctions de l'appareil génital. — Il est de même tout aussi nécessaire, ainsi que je vais vous le démontrer, de rechercher la pathogénie de l'affection utérine; car au point de vue thérapeutique, vous seriez exposés aux mêmes mécomptes.

La fréquence des affections utérines prouve aussi toute l'importance des études gynécologiques. — Ceux d'entre vous qui suivent mes conférences cliniques, et qui assistent à l'examen des malades de mon service, sont étonnés du nombre d'affections

utérines soumises à leur observation. — En effet, depuis le mois de janvier dernier, c'est-à-dire en trois mois, j'ai eu à traiter 71 *malades* atteintes de métrites, et plus de 100 *malades* si je tiens compte des affections du vagin et des annexes de l'utérus.

D'après ce chiffre, il est évident que les affections des organes génitaux et sexuels sont fréquentes ; mais est-ce à dire qu'elles sont plus nombreuses qu'elles ne l'étaient autrefois ! Il ne faut pas tomber dans l'exagération dont Lisfranc a fait justice avec raison. En effet, elles ne sont pas plus communes. Les anciens médecins les connaissaient, ils les considéraient même, comme causées par les maladies générales. Mais privés des moyens d'exploration que nous possédons aujourd'hui, ils ne les reconnaissaient pas toutes, et ils n'ont pu en donner une description complète. Avec Récamier qui a remis en honneur le spéculum inventé, dit-on, par Paul d'Egine, les examens des parties génitales de la femme devinrent plus fréquents, et, l'on put reconnaître ainsi plus facilement des affections utérines qui passaient inaperçues, cachées qu'elles étaient par des phénomènes sympathiques qui absorbaient toute l'attention du médecin. Aussi, pouvons-nous dire, avec le professeur Courty, que les maladies utérines ne sont pas aujourd'hui plus fréquentes. On les reconnaît mieux, voilà l'expression de la vérité.

Les affections utérines comparées à celles des autres organes, pharynx, larynx, bronches, peau, etc., sont évidemment fréquentes. Comment en serait-il autrement, d'après ce que nous savons des fonctions de la matrice, de cet organe aboutissant naturel des phénomènes mobides, comme il est le point de départ de presque tous les désordres constitutionnels ! « Cette fréquence est si grande, dit Courty, qu'elle permet de présumer souvent l'existence d'une maladie utérine, quelque latente qu'elle soit d'abord. Quand on ne peut découvrir chez une femme malade, la cause des symptômes généraux plus ou moins grands, dans les altérations d'aucun autre appareil, il faut soupçonner l'appareil génital et diriger ses recherches de ce côté. »

Ces quelques mots suffisent pour vous montrer toute l'importance des études gynécologiques. J'aurais pu évidemment

prouver que leur importance est encore plus grande, si j'avais voulu traiter devant vous certaines questions sociales qui méritent toute l'attention du médecin, vu le grand rôle qu'il est appelé à remplir dans la société ; mais, comme elles reviendront incessamment à mesure que nous avancerons dans cette étude, qu'elles reviendront surtout à propos de la stérilité et des questions de médecine légale que les affections utérines soulèvent si souvent, j'ai tenu à me borner à ces quelques explications sur l'importance que j'accorde à l'étude des affections utérines et sur les raisons qui m'ont porté à leur donner cette année la préférence sur les maladies vénériennes.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

Pathogénie des affections utéro-vaginales.

Je veux profiter de la présence dans mes salles d'un certain nombre de malades atteintes d'affections utérines et vaginales, constitutionnelles et diathésiques, pour vous faire l'exposé de ma doctrine sur la pathogénie de ces affections. Cet exposé servira d'introduction à ces études de gynécologie.

Connaissant cette pathogénie, vous serez mieux à même de suivre l'étude symptomatologique et vous pourrez apprécier, en toute connaissance, les bases sur lesquelles je fais reposer les indications thérapeutiques générales des affections utéro-vaginales.

Les causes des affections utérines sont de deux ordres : elles sont *prédisposantes* ou *dominantes*.

Les *causes prédisposantes* sont évidemment de beaucoup les plus nombreuses, et, nous pouvons dire avec Courty et la plupart des auteurs, que les affections de la matrice sont préparées de longue main, par des modifications lentes de la vitalité ou de la structure de l'organe, par l'influence latente et continue d'une diathèse ou d'un état constitutionnel.

Les *causes déterminantes*, occasionnelles, sont difficiles à préciser. On invoque bien la plupart du temps et avec raison, dans

certains cas, le traumatisme, l'accouchement et l'avortement, etc., etc. Mais le plus ordinairement ces causes ne jouent qu'un simple rôle; elles ont bien pu, dit Courty, allumer l'incendie, mais elles n'ont pu ni le préparer, ni l'entretenir.

La véritable pathogénie des affections utérines, Messieurs, réside dans l'appréciation des causes prédisposantes. Celles-ci sont de deux ordres : les unes *locales*, les autres *générales*.

Les *causes prédisposantes locales* dépendent des conditions anatomiques et physiologiques de l'utérus. Nous y reviendrons plus tard.

Les *causes prédisposantes générales*, celles qui doivent nous occuper tout d'abord parce qu'elles constituent la véritable pathogénie des affections utérines, sont constituées par les maladies constitutionnelles, par les maladies diathésiques.

Mais avant d'aborder cette étude si difficile de la pathogénie, qui, vous le savez déjà, constitue, en partie, ma doctrine sur le développement des affections de l'utérus, il est essentiel de s'entendre sur les expressions : *maladie constitutionnelle*, *maladie diathésique*, *maladie*, *affection*, *symptôme*.

Pour moi, je définis avec mon maître, le Professeur Bazin, le célèbre médecin de l'hôpital Saint-Louis, la *diathèse*, une maladie aiguë ou chronique, pyrétique ou apyrétique, continue ou intermittente, contagieuse ou non contagieuse, caractérisée par la *formation d'un seul produit morbide* qui peut avoir son siége indistinctement dans tous les systèmes organiques. (Exemple : diathèses tuberculeuse, cancéreuse, etc.).

Sous le nom de *maladie constitutionnelle*, je désigne une maladie aiguë ou chronique, pyrétique ou apyrétique, continue ou intermittente, ordinairement à longues périodes, contagieuse ou non contagieuse, caractérisée par *un ensemble de produits morbides* et d'affections variées, sévissant indistinctement sur tous les systèmes organiques (exemple : scrofule, syphilis, herpètis oudartre, arthritis, etc.).

La *maladie*, pour moi, comme pour Bazin, est un état accidentel et contre nature de l'homme qui produit et développe un *ensemble* de désordres fonctionnels ou organiques, isolés ou réunis, simultanés ou successifs.

L'*affection*, c'est l'état morbide d'une partie du corps comprenant l'ensemble des lésions et des troubles fonctionnels qui reconnaissent pour cause la *maladie.*

Le *symptôme* est une modification morbide de l'action organique, de la fonction ou un changement perceptible aux sens dans les qualités physiques de l'organe ou des matières excrétées.

De la définition ainsi comprise de la maladie, il résulte que les troubles soit des fonctions, soit des organes, que les symptômes, aussi bien que les altérations matérielles sont, au même titre, des produits de la lésion et non de la maladie.

Ce n'est pas, Messieurs, la nature seule de la lésion qui constitue la gravité du mal et rend le pronostic plus ou moins fâcheux, c'est surtout la nature de la maladie. Il faut donc rechercher, en toute circonstance, cette nature. Tel doit être le but du médecin s'il veut porter un pronostic raisonné et, surtout, donner des indications thérapeutiques sérieuses.

Mais, Messieurs, je ne veux pas m'étendre plus longuement sur ces principes de pathologie générale. Il me serait facile de faire de l'érudition en discutant leur valeur, leur interprétation. Pour moi, ces principes reposent sur des bases solides, ils sont indiscutables; ils m'ont toujours servi de guide dans l'étude de la pathologie, c'est à les faire triompher dans la pathologie des affections utérines que je vais m'appliquer.

D'après ces quelques mots, vous comprenez pourquoi il n'y a pour moi que des affections utérines et non des maladies utérines, de même que pour les lésions glanduleuses, granuleuses du pharynx, du larynx, je dis affections et non maladies. Aussi, je n'admets pas l'opinion de M. Courty, qui tout en disant que les lésions utérines sont très-souvent sous l'influence d'une diathèse, pense que du moment qu'elles se caractérisent par un simple trouble fonctionnel, par une altération de tissus ou par un changement de situation, elles sont bien réellement des *maladies* caractérisées par leurs symptômes propres, et que le traitement doit attaquer directement. Il craint qu'on accorde aux diathèses une influence exclusive ou tellement prépondérante que toutes les autres s'annihilent

devant elles. Ce serait, dit-il, rendre le traitement par trop exclusif, et pour éviter un excès, se jeter dans un autre, pour éviter l'excès des cautérisations à outrance, se jeter dans la négation de tout traitement local.

Pour moi, Messieurs, je n'ai pas cette crainte. Je crois, au contraire, que c'est dans cette appréciation raisonnée de la pathogénie que réside l'avenir de la thérapeutique des affections utérines et je pourrais ajouter de toutes les affections en général. Tout en dirigeant contre l'état général une thérapeutique bien entendue, on n'abandonnera pas pour cela les moyens qui peuvent modifier l'état local. Ces moyens locaux donneront, au contraire, des résultats plus heureux, plus satisfaisants du moment qu'on modifiera le terrain qui entretient l'affection, c'est-à-dire la maladie générale. Du reste, est-ce que, pour l'angine granuleuse, la laryngite granuleuse, on néglige les moyens locaux (cautérisations, etc.) qui modifient la granulation, l'œdème, l'érythème, pour ne s'occuper que du traitement général? On combine les deux, et cela au profit du malade, but suprême que le médecin cherche toujours à obtenir. Il en est de même pour les affections utérines, et vous pouvez en juger tous les jours par les résultats de ma pratique.

Quelles sont donc, Messieurs, les maladies constitutionnelles, les maladies diathésiques qui ont une si grande importance dans la pathogénie des affections utéro-vaginales?

Nous retrouvons pour l'utérus, le vagin, les mêmes maladies constitutionnelles, les mêmes diathèses que pour la peau, les muqueuses pharyngées, laryngées, etc., etc.; c'est-à-dire parmi les premières, la scrofule, la dartre ou l'herpétis, l'arthritis, la syphilis. A ces maladies constitutionnelles, j'ajouterai la chlorose qui, comme vous le verrez, exerce une grande influence sur le développement des affections utérines. Parmi les deuxièmes, les diathèses tuberculeuse, cancéreuse.

Ces maladies générales ont-elles vraiment l'influence que je leur attribue? Si cela est, comment se développent les affections utérines? Tels sont les deux points que je dois discuter ; car de cette discussion jaillira, je l'espère, la lumière qui portera la conviction dans vos esprits.

La doctrine que je professe sur la pathogénie des affections utérines repose sur trois preuves

La tradition, la clinique, le traitement.

La tradition. — Sans vouloir, Messieurs, faire un historique complet de la question, qu'il me soit permis de vous dire que les anciens médecins, non-seulement connaissaient les affections utérines, mais encore qu'ils ne méconnaissaient pas l'influence que les maladies générales ont sur leur développement. Ainsi *Hippocrate*, tout en mentionnant les troubles fonctionnels et les différents écoulements de la matrice, signale l'influence de la santé sur l'écoulement des règles. Un de ses commentateurs, *Baillou*, fait ressortir l'influence de la santé générale sur la production des maladies de la matrice et nous apprend que les maladies de l'utérus sont difficiles à guérir par elles-mêmes. Cette opinion de Baillou contient en germe le traitement général appliqué à la maladie, cause première des affections utérines. Nous devrons nous la rappeler à propos de notre étude sur les indications thérapeutiques générales de ces affections. *Sylvius de Le Boë,* chimiâtre bien connu (thèse Tillot), nous offre les mêmes enseignements lorsqu'il nous dit :

« Les flueurs blanches n'arrivent pas chez les femmes bien portantes, elles ont leur cause dans l'utérus, et secondairement dans le vice des humeurs ; ce flux procède de l'altération de la masse du sang. » Vous le voyez, nous retrouvons dans cet auteur l'influence de la chlorose sur les affections utérines. En poursuivant, il nous enseigne la production toute mécanique de certaines ulcérations du col de la matrice : « Les flueurs blanches, dit-il, retenues dans l'utérus deviennent tellement âcres qu'elles ulcèrent les parties sur lesquelles elles coulent. » Cette explication mécanique de certaines ulcérations du col de l'utérus est parfaitement vraie ; aussi a-t-elle été franchement adoptée de nos jours. Nous remarquons sur le col utérin les mêmes lésions qui se produisent à l'aile du nez, à la lèvre supérieure lorsqu'il existe un coryza aigu ou chronique.

Au siècle dernier *Pierre Frank* parle de la débilité générale et locale comme cause des hémorrhagies utérines. « La métrorrhagie, dit-il, peut dépendre du scorbut et de la chlorose

il ne faut pas croire que les hémorrhagies utérines dépendantes d'une vraie pléthore, d'un excès de ton dans le système circulatoire, soient très-communes. »

Puzos, dans son *Traité d'accouchements*, attribue les ulcères simples de la matrice à une âcreté du sang.

Stoll a décrit la métrorrhagie survenant pendant le cours de l'arthritis; il ajoute que « dans certains cas, la métrorrhagie lui a servi à reconnaître l'arthritis à l'état latent. » Vous verrez, en effet, que ce symptôme est très-commun dans la métrite arthritique, et que, rapproché d'autres symptômes, il peut servir à la caractériser.

Malheureusement les opinions de ces illustres observateurs sur la pathogénie des affections utérines furent méconnues par la suite. Au commencement de ce siècle elles furent complètement abandonnées.

C'est à cette époque que Récamier remit en honneur le spéculum qui devait permettre aux médecins d'étudier plus exactement les lésions du col utérin. Je dis : *remit en honneur*, car, je vous l'ai déjà dit, le spéculum était connu de Paul d'Egine, qui le décrit sous le nom de *Dioptra*. Quoi qu'il en soit, avec la facilité donnée par l'emploi du spéculum à l'étude des lésions, la véritable pathogénie des affections utérines fut méconnue et il devait en être ainsi pendant de longues années.

A notre époque même, malgré des travaux importants que je vais vous faire connaître, cette étude n'a fait aucun progrès.

En même temps que Récamier vulgarisait l'emploi du spéculum, l'école anatomo-pathologique, fondée, en France, par Dupuytren, Broussais, Laënnec, Louis, Andral, Cruveilhier, etc., jetait un nouveau jour sur la nature des lésions et particulièrement sur celles de l'utérus. Malheureusement cette étude absorba complètement les esprits. Aussi ne faut-il pas s'étonner si nous retrouvons dans les ouvrages parus à cette époque et même ne nos jours, la description d'une foule de lésions qui étaient regardées comme la cause de toutes les souffrances de la femme; si nous retrouvons des méthodes thérapeutiques variées, en rapport avec la lésion, avec la nature que lui attribuait tel ou tel médecin. C'est ainsi que, pour Lisfranc, l'en-

gorgement constitue toute la maladie; que Velpeau fait jouer le plus grand rôle aux déviations de l'utérus et aux granulations qui se montrent sur le col; que Paul Dubois attribue les phénomènes douloureux éprouvés par la femme à la phlegmasie catarrhale. De ces opinions découle la thérapeutique des saignées générales et locales, des cautérisations, etc., etc.

Ce sont ces mêmes idées que vous retrouverez dans les ouvrages de Benett, Valleix, Aran, Becquerel, Nonat.

Ainsi *Benett* n'admet point l'influence de l'état général; il fait tout partir de l'utérus.

Aran nie complètement l'hérédité et l'influence des diathèses sauf la turberculeuse. D'une manière générale, pour cet auteur distingué : « la faiblesse de la constitution n'agit qu'au point de vue de la résistance et de la durée des maladies de l'utérus. »

Becquerel repousse toute idée de diathèse, et ne reconnaît les diathèses quand elles existent que comme de simples coïncidences. Mais par une attraction singulière de leur esprit observateur, ces deux auteurs qui repoussent l'influence de l'état général, sont forcés de conseiller un traitement général et l'hydrothérapie.

Nonat partage ces idées. Toutefois cet auteur est obligé de reconnaître que l'hérédité et la chlorose ont une certaine influence sur le développement de l'affection utérine. « La chlorose, dit-il, est une compagne assez habituelle de la métrite chronique, mais elle n'en est pas toujours la conséquence. Dans bien des cas, l'appauvrissement du sang se montre antérieurement à la phelgmasie utérine. »

Vous le voyez, Messieurs, les médecins dont je viens de vous citer les noms, n'ont vu que la lésion et non la maladie utérine; aussi pouvons-nous dire avec le Dr Tillot qu'ils ont considéré « l'utérus comme un être isolé au milieu de l'organisme, ayant des lésions toutes spéciales et devenant le point de départ de la plupart des souffrances de la femme. »

Ces idées de l'école anatomo-pathologique de Paris règnent malheureusement encore; elles se réflètent dans un certain nombre d'ouvrages contemporains. C'est à elles qu'il faut attri-

buer le peu de progrès qu'à fait la thérapeutique des affections utérines. C'est à les combattre qu'il faut nous appliquer, si nous voulons faire progresser la thérapeutique ; si nou voulons que ces affections ne soient pas, la plupart du temps, regardées comme incurables.

Dès 1837, un médecin de l'hôpital Saint-Louis, Gibert, s'éleva contre cette tendance localisatrice de l'école anatomo-pathologique et se prononça en faveur des causes générales, dans la pathogénie, des affections utérines.

Duparcque, à la même époque, et plus tard Baud, soutinrent la même opinion. Ce dernier auteur surtout trouvait qu'on attachait trop d'importance aux lésions de l'utérus ; qu'en dehors de l'état de gestation, c'était un organe trop peu important pour pouvoir réagir si puissamment sur les autres systèmes ; que loin de dominer la scène, et de soumettre les autres organes à son influence, il était bien plutôt apte à se laisser modifier par des lésions des viscères plus ou moins éloignés, et surtout par un état de débilité de l'organisme qui existe si communément chez beaucoup de femmes (Tillot). Cet auteur se trompait évidemment en niant toute réaction sur l'organisme, car, si nous admettons que les lésions utérines sont souvent la conséquence des maladies générales, il n'en est pas moins vrai, ainsi que nous le verrons dans l'étude de la symptomatologie générale des affections utérines, que l'utérus est un organe dont les phénomènes sympathiques se font sentir sur tous les systèmes de notre économie à la suite des moindres altérations survenues, soit dans sa structure, soit dans sa nutrition.

Ces opinions firent des prosélytes. Elles trouvèrent surtout des défenseurs parmi les chirurgiens et les médecins de cet hôpital, qui, plus que tout autre, ayant à leur disposition un vaste champ d'étude d'observations, purent éclairer cette question si controversée de la pathogénie des affections utérines et la ramener à sa véritable valeur. Parmi les chirurgiens, je signalerai Robert, Huguier, Gosselin. Ces cliniciens, trouvant qu'on accorde trop d'importance aux signes fournis par le spéculum, n'accordent aux lésions qu'une importance secondaire, et les font dépendre d'un état général. Ils divisent les ulcérations

en *scrofuleuses, syphilitiques* et *scorbutiques*. Parmi les médecins, nous trouvons les noms de Chomel, de Bazin, de Noel Gueneau de Mussy. Ces médecins ont tous signalé plusieurs observations où les rapports étiologiques, qui unissent certaines lésions du col de l'utérus à la diathèse dartreuse, arthritique et scrofuleuse, sont des plus évidents. Aussi N. Gueneau de Mussy a-t-il pu formuler son opinion dans la loi de physiologie morbide suivante : « L'appareil utérin est un foyer de retentissements sympathiques étendus, que peuvent éveiller les moindres altérations dans la structure ou dans la nutrition de cet organe. » Loi parfaitement vraie ; il suffit, le plus souvent d'une simple congestion utérine, d'une phlegmasie catarrhale du col, pour voir survenir une affection chronique de l'utérus due à une maladie générale. N'est-ce pas, du reste, l'application aux affections utérines de la loi de pathologie généraleémise par un clinicien sagace, d'un grand savoir, le Dr Pidoux : « Une affection ne devient chronique que si elle s'établit chez un sujet prédisposé, ou en vertu d'une diathèse. L'affection aiguë est la maladie de l'espèce, la chronique est celle de l'individu. »

Gaillard, de Poitiers (1854), publia, dans la *Gazette médicale*, un travail intéressant où il soutient la même opinion. Cet auteur, après avoir ramené, à l'exemple de Cruveilhier, toutes les lésions anatomiques de l'utérus à une fluxion chronique, après avoir montré « qu'au catarrhe succède la granulation, à celle-ci l'ulcère, que l'inflammation, bornée au col, s'étend à sa cavité, à son tissu, à ses vaisseaux, que la lésion peut se calmer, disparaître, occuper diverses régions à la manière des éruptions cutanées, termine en disant: tous ces phénomènes sont en définitive sous la dépendance d'une diathèse et principalement de la diathèse herpétique qui se montre là avec tous ses caractères: extension aux surfaces extérieures et récidives fréquentes. »

Fontan, Durand-Fardel rattachent, de même, les affections les plus rebelles de l'utérus à la diathèse herpétique, et placent par ordre de fréquence, dans l'étiologie de ces affections, le lymphatisme, la scrofule, la dartre, le rhumatisme.

Scanzoni, Tyler Smith admettent que le catarrhe utérin, la

leucorrhée sont sous l'influence de la chlorose, de la scrofule, etc., et conseillent de recourir d'abord à un traitement général.

Courty, dans son savant ouvrage sur la pathologie utérine, admet, ainsi que je l'ai déjà dit, que les maladies utérines sont souvent sous la dépendance d'un état général. « Ce n'est pas, dit-il, que l'état général ou l'affection dont elles tirent leur nature, ait été toujours la cause première et déterminante de leur développement ; mais, primitivement ou consécutivement, il imprime son cachet à la maladie. » Sous ce rapport, ajoute-t-il « on peut dire qu'elles naissent de deux manières : ou bien elles succèdent au développement d'une affection générale, ou bien elles proviennent d'une maladie primitivement locale. L'affection diathésique existe, elle a donné déjà des signes de sa présence, elle n'a pas encore envahi l'utérus, mais elle ne tarde pas à s'y fixer parce que par sa position, sa déclivité, sa congestion mensuelle, l'exagération de vitalité que la grossesse y développe, le traumatisme qu'un avortement ou un accouchement y détermine, cet organe s'y trouve disposé plus qu'aucun autre. L'affection diathésique s'y manifeste en quelque sorte spontanément ; tout au plus, a-t-elle attendu qu'une cause occasionnelle lui offrît le prétexte d'y établir sa souveraineté.

D'autres fois, l'utérus est disposé à devenir malade. Des troubles de menstruation, des excès de coït, des marches, des fatigues extrêmes, un avortement, un accouchement laborieux, le congestionnent, l'engorgent, l'hypertrophient. La maladie existe. Ce ne serait encore rien, si la femme était saine, forte, tout cela pourrait se dissiper presque sans soins, ou du moins avec quelques simples précautions. Mais s'il existe ou s'il survient une disposition affective ou diathésique dont la malade soit sérieusement atteinte, cette maladie se localise, elle se fixe sur l'utérus, elle imprime son cachet et sa propre nature à la maladie préexistante. » J'ai tenu à vous citer textuellement ce passage du livre de Courty, parce qu'il reproduit l'opinion que je ne cesse de vous enseigner dans mes conférences cliniques, qu'il reproduit sous une autre forme la loi de Pidoux sur les maladies chroniques, et qu'il vous donne la véritable pathogénie des affections utérines.

Cette doctrine est aujourd'hui admise par la plupart des médecins qui pratiquent auprès des stations thermales et minérales. Tous les ans ils publient, dans leurs rapports à l'Académie de médecine, des observations concluantes que nous allons retrouver à propos des preuves fournies à la doctrine par la clinique, par la thérapeutique.

Quant aux maladies diathésiques, tuborcule, cancer, la tradition ne laisse aucun doute sur l'influence qu'elles exerceront sur le développement des affections utérines Il me suffit de vous citer les travaux de Kiwish, de Namias, de Cruveilhier et surtout ceux de Brouardel et de Cornil. Ces derniers auteurs surtout ont fait une étude très-détaillée, très-approfondie de la tuberculisation des organes génitaux de la femme. J'y reviendrai lorsque je m'occuperai de l'étude des métrites.

De même les travaux sur le cancer de l'utérus sont trop nombreux, trop connus, pour que je m'attarde plus longtemps à vous citer les noms des médecins qui ont étudié plus particulièrement le cancer des organes génitaux et sexuels de la femme.

Vous le voyez, Messieurs, la tradition ancienne et moderne, est en faveur de l'opinion que je défends et que je cherche à faire prévaloir.

Dans la prochaine leçon, je passerai en revue les preuves fournies par la clinique et la thérapeutique. (*A suivre*).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Pessaire à tige. — M. Dumont-Pallier présente à la Société un nouveau pessaire à tige, destiné à être employé dans le cas de prolapsus de l'utérus.

M. le professeur Le Fort, dit M. Dumont-Pallier, dans une de vos précédentes réunions, a exposé un procédé opératoire nouveau pour la guérison radicale du prolapsus utérin. Ce procédé a été mis en pratique et avec succès par le savant professeur, sur une malade soumise antérieurement et inutilement à l'application des divers appareils contentifs. J'ignore si M. Le Fort a fait usage des anneaux pessaires à tige, que j'ai conseillés déjà depuis un certain temps,

mais je désire aujourd'hui livrer à votre examen une malade affectée de prolapsus utérin au 3e degré, compliqué de cystocèle et de rectocèle, et chez laquelle l'appareil auquel je fais allusion a été appliqué avec un entier succès.

Voici en quelques mots l'observation de cette malade, âgée de 32 ans, et qui, depuis plusieurs années, ne pouvait plus se livrer à ses occupations habituelles sans éprouver de vives douleurs abdominales. Il y a quatre ans, on lui avait conseillé de faire usage du pessaire Gariel : elle ne put en supporter l'application. Elle devint enceinte il y a environ trois ans et demi, et, après son accouchement, la matrice, pendant deux mois environ, parut maintenue dans le petit bassin. Mais bientôt le prolapsus se manifeste de nouveau, et, depuis trois ans, le prolapsus est complet. La malade était obligée de se garnir pour empêcher la matrice de franchir la région vulvaire; tout travail lui était devenu pénible ; elle dut abandonner son métier de cuisinière et se contenter d'aller de temps en temps en journée. C'est dans ces conditions que cette malade me fut adressée par M. le professeur Lasègue. Alors je constatai l'existence d'un prolapsus utérin extra-vulvaire avec cystocèle et rectocèle; la cavité utérine, explorée avec l'hystéromètre d'Huguier, mesurait, de l'ouverure du col au fond de l'utérus, 13 centimètres; il y avait donc allongement



hypertrophique de la portion sus-vaginale du col utérin, la portion vaginale du col ne mesurant guère plus de 5 centimètres; j'appliquai alors l'anneau pessaire à tige, qui peut être décrit de la façon suivante :

C'est un anneau pessaire de 6 à 7 centimètres de diamètre avec une tige de 20 à 25 centimètres de longueur. Cette tige, fixée sur l'arc antérieur de l'anneau, est rigide ; mais on peut, à une distance de 2 à 3 centimètres de son insertion de l'anneau, lui donner une courbe dont la forme et l'étendue varient suivant chaque cas particulier, de façon à ne pas déterminer de pression sur les parties antérieures ou postérieures de la vulve. La tige, convenablement recourbée par la main de l'opérateur, vient se fixer sur une plaque pubienne, celle-ci étant maintenue en place au moyen d'une ceinture et de deux sous-cuisses. (Voir la figure ci-contre.)

L'appareil tout entier, anneau pessaire et tige, est garni d'un revêtement de caoutchouc, de façon à ne pas contondre, à ne pas irriter les parties avec lesquelles il se trouve en contact.

Déjà, dans une séance antérieure (14 août 1875), M. le professeur Verneuil vous a présenté l'anneau pessaire simple que j'emploie dans les cas de rétroversion et d'abaissement de la matrice. Cet anneau, dont la description vous a été donnée, n'est qu'une modification de l'anneau pessaire de Meigs, de Philadelphie, et son principal avantage est, tout en conservant au vagin ses rapports naturels, de ne point agir directement sur l'utérus, mais indirectement par l'intermédiaire des insertions du vagin sur l'utérus.

L'anneau pessaire simple suffit souvent à maintenir, à réduire la hernie de l'utérus compliquée de cystocèle et de rectocèle, lorsque le périnée et l'anneau vulvaire présentent assez de résistance pour empêcher l'anneau pessaire de franchir la vulve. Mais lorsque le périnée et le sphincter vaginal ne peuvent plus retenir l'anneau, voici ce que j'ai observé : sous l'influence d'un effort, l'arc antérieur de l'anneau pessaire vient s'engager sous l'arcade pubienne, et l'anneau franchit la vulve avec les organes qu'il devait maintenir. Après avoir observé ce mode de dégagement de l'arc antérieur de l'anneau, l'indication toute naturelle qu'il restait à remplir était d'empêcher le mouvement de dégagement de l'anneau en maintenant fixé son arc antérieur. Je constatai qu'il suffisait d'opposer avec le doigt une faible résistance à l'arc antérieur pour empêcher son dégagement au-dessus du pubis. Je fis souder une tige métallique sur le ressort de l'anneau pessaire, et je n'eus plus qu'à fixer cette tige sur une plaque sus-pubienne.

Je puis affirmer aujourd'hui que les femmes auxquelles j'ai appliqué cet anneau pessaire à tige en ont retiré un grand avantage. Je vous présente une malade qui, depuis le mois de décembre, peut se livrer à ses occupations sans fatigue, sans douleurs ; l'anneau maintient parfaitement réduit le prolapsus utérin, compliqué de cystocèle et de rectocèle, et si vous jugez l'appareil contentif dont je fais usage digne de votre attention, je pourrai vous présenter d'autres

malades affectées de prolapsus utérin au 3e degré, et chez lesquelles, ainsi que l'ont déjà constaté plusieurs de vos collègues à l'hôpital Saint-Antoine et à la Pitié, le résultat a dépassé mon attente.

(*Bull. Soc. chir.*, *séance du* 7 *mars* 1877.)

Opération de taille chez une petite fille. — M. PÉRIER lit un rapport au nom d'une commission composée de MM. Tillaux, Polaillon et Périer, sur une opération de taille, chez une petite fille de 9 ans, par la méthode uréthrale, par M. LEMÉE (de Saint-Sever-sur-Adour).

L'enfant qui fait le sujet de cette observation commença, en août 1872, à se plaindre de douleurs dans le bas-ventre, en même temps la miction devint fréquente et douloureuse. Ces accidents augmentèrent de jour en jour, la marche devint pénible, la miction difficile, puis à la fin de septembre, survint une incontinence d'urine. Enfin, le 8 novembre, l'enfant ne pouvant plus quitter le lit, M. Lemée fut appelé à lui donner des soins. Le cathétérisme fit reconnaître de suite l'existence d'un calcul vésical paraissant très-volumineux.

Sous l'influence des bains et des émollients intra et extra, les phénomènes aigus s'amendèrent, la fièvre tomba et le ventre cessa d'être douloureux à la pression.

Le 12 octobre, il fut procédé à l'opération. Il y a lieu de regretter ici la brièveté de l'observation, où il est dit qu'après anesthésie, « l'opération pratiquée suivant la méthode dite uréthrale n'a présenté aucun incident fâcheux. — Incision étendue jusqu'au pubis, en prévision d'un calcul d'un gros volume. — Extraction en effet laborieuse malgré l'étendue de l'incision. »

Les suites de l'opération furent simples. Dès le 25 octobre, treize jours après l'opération, l'enfant se levait et n'avait d'incontinence d'urine que la nuit; l'incontinence avait complétement cessé le 14 septembre.

Le calcul, examiné immédiatement après l'extraction, présentait une forme ovoïde, et avait 45 millimètres dans son plus grand diamètre et 26 dans le plus petit. Il pesait 15 grammes; sa substance, friable, spongieuse, se délitait facilement; un trait de scie fit découvrir à son centre une aiguille rouillée, incrustée de sels calcaires, et qui, de l'aveu de l'enfant, avait séjourné deux ans dans la vessie.

Cette observation nous montre un corps étranger métallique et aigu séjournant pendant vingt-deux mois dans la vessie sans qu'on ait soupçonné sa présence; les accidents ne paraissent dus qu'à l'excès de volume du calcul, mais ils se sont accrus avec rapidité et ont bientôt nécessité l'intervention chirurgicale. Notre confrère ne paraît pas avoir hésité dans le choix de la méthode, et il faut reconnaître que le succès justifie sa détermination.

Il ne devait pas songer à la lithotritie, qui n'est généralement pas applicable aux enfants de cet âge. Dans le cas actuel, le volume du calcul et la présence d'une tige métallique dans son centre auraient très-probablement causé de sérieuses complications, alors même que la lithotritie eût été précédée de la dilatation de l'urèthre. Quant à la dilatation simple, il eût fallu la pousser au delà des limites permises pour fournir à la pierre une voie suffisante.

Restaient les diverses espèces de taille.

Si M. Lemée avait suivi la pratique de MM. Thomas Smith et Howard Marth, exposée dans les *Archives de médecine* d'octobre 1871, et préconisée tout récemment par M. Walsham, dans les comptes-rendus de l'hôpital Saint-Barthélemy, de Londres, pour 1875, il eût choisi la lithotomie vaginale. Nous croyons que la taille vaginale, bonne chez l'adulte, n'est pas toujours justifiée chez l'enfant. M. Walsham, grand partisan de cette méthode, recommande, pour en faciliter l'application, de dilater le vagin, d'inciser la fourchette et de broyer la pierre à travers la cloison, si cela est jugé nécessaire. Il affirme qu'en agissant ainsi, l'on ne court aucun risque de fistule vésico-vaginale permanente, pourvu que les bords de l'incision n'aient pas été froissés pendant l'extraction. Mais il paraît que ce froissement n'est pas toujours facile à éviter, car il ajoute : « Après que l'incision aura été prolongée jusqu'aux limites convenables, si la pierre paraît encore trop volumineuse pour qu'on puisse l'extraire facilement et que le broiement soit considéré comme inopportun et impraticable, il vaut mieux ouvrir la vessie au-dessus du pubis que d'exposer le malade au danger d'une fistule permanente en lacérant les bords de la plaie par une extraction forcée. »

Les conclusions de M. Walsham s'appuient sur une statistique de 63 cas, mais il faut noter que sur ce nombre, il n'y a que cinq observations de taille uréthrale par incision antérieure et huit de lithotomie vaginale. L'incontinence d'urine fut notée deux fois dans la première série et deux fois dans la seconde, ce qui donnerait pour la taille uréthrale un insuccès opératoire de 40 0/0, et seulement de 25 0/0 pour la taille vaginale. Mais ces statistiques portent sur un trop petit nombre de faits pour qu'on en puisse tirer des conclusions utiles, puisqu'il suffit, en effet, de la seule observation de M. Lemée pour réduire de 40 à 33 0/0 le chiffre des insuccès,

Un argument plus sérieux, c'est que l'incontinence qui succède à la taille vaginale, étant le résultat d'une fistule vésico-vaginale, peut toujours être considérée comme curable, tandis que l'incontinence consécutive à la taille uréthrale serait, d'après M. Walsham, toujours incurable. Or, je trouve dans la thèse d'Hybord deux observations dues à M. Richet, où la taille uréthrale fut suivie, dans un cas, d'une incontinence d'urine qui dura six mois et guérit complètement au

bout de ce temps; dans le second cas, elle dura plusieurs semaines et cessa sous l'influence de quelques cautérisations au nitrate d'argent. Il est vrai qu'il s'agit d'adultes, mais on ne voit pas pourquoi les choses ne se passeraient pas de même chez les enfants; d'ailleurs, chez la malade du Dr Lemée, l'incontinence a été complète pendant 13 jours et seulement nocturne pendant 20 autres jours. Si maintenant nous remontons aux observations indiquées dans la statistique de M. Walsham, nous voyons que les deux cas de taille uréthrale antérieure notée d'incontinence d'urine se rapportent : l'un à une fille de 10 ans, qui avait un calcul du volume d'une noix; la dilatation ayant été pratiquée, on fit des efforts infructueux d'extraction; ensuite, on pratiqua une incision de l'urèthre en avant : l'enfant guérit, mais eut de l'incontinence pendant tout le temps qu'elle resta en observation. Ce temps n'est pas spécifié, et l'incontinence est qualifiée par l'adjectif anglais *occasional*, ce qui semblerait dire qu'elle n'était pas constante.

Le second cas est celui d'une fille de 15 ans, chez laquelle on fut obligé de pratiquer deux incisions. La pierre paraît avoir adhéré à la vessie; trois jours après l'opération, il y eut une hémorrhagie très-grave. Cependant l'opérée parut guérie, mais il est dit qu'un mois après l'opération elle avait encore un peu d'incontinence (*she still had some little incontinence*). M. Walsham a emprunté ces observations à un relevé publié dans dans le *Medical Times and Gazette* de 1859, et s'est contenté de mettre à la colonne des résultats le mot : *incontinence*.

Mais cela ne suffit pas, suivant nous, pour affirmer l'incurabilité de l'incontinence qui succède à la taille uréthrale. D'autre part, M. Walsham paraît redouter assez l'incurabilité des fistules vésico-vaginales chez les enfants pour conseiller d'abandonner l'opération commencée et de recourir à la taille hypogastrique plutôt que de contondre les bords de la plaie.

Nous dirons que M. Lemée a été bien inspiré en ayant recours à la taille uréthrale; nous croyons qu'en pratiquant cette opération, si l'on prend soin de ne pas froisser les bords de la plaie, on ne sera pas plus exposé à voir persister l'incontinence d'urine qu'après une taille vaginale pratiquée avec les mêmes précautions; on aura du moins l'avantage de n'avoir pas fendu l'hymen, fendu la fourchette, dilaté le vagin et fait une plaie dont la suture, déjà difficile chez l'adulte, doit l'être bien davantage chez l'enfant.

Discussion.

M. Anger. J'ai pratiqué deux fois la taille chez la femme : ces deux faits sont inédits, et je crois que leur relation ne sera pas dépourvue d'intérêt.

La première fois, il s'agissait d'une femme de 45 ans, qui, depuis 1873, souffrait de douleurs vésicales incessantes. Je constatai la présence d'un calcul que j'enlevai avec un lithotome et une pince. J'ai revu la malade 5 ou 6 fois : elle ne souffre plus et n'a pas d'incontinence.

Le second fait a trait à une jeune fille de 18 ans, qui avait des douleurs intolérables le jour et la nuit; elle était pâle, exsangue, et présentait de la fièvre le soir. Je reconnus la présence d'un calcul et me décidai à l'opération. Je fis une première incision à l'urèthre, en haut, mais le calcul saisi ne put être amené; avec un bistouri boutonné, je pus agrandir mon incision, et, avec l'aide d'une pince de Museux, je pus enlever le calcul.

Les douleurs intolérables nous furent expliquées par la forme du calcul, qui était mural. Il y eut une petite hémorrhagie qui s'arrêta; pendant quelques jours, la malade fut prise d'incontinence diurne et nocturne. Voilà donc deux cas de taille uréthrale qui me paraissent militer en faveur de ce procédé; dans mon second cas en particulier, où la membrane hymen existait, la taille vaginale ne me paraissait pas convenir.

M. Paulet. J'aurais pu apporter un calcul enlevé chez une petite fille de 12 ans. Il faut préciser l'âge des malades du sexe féminin. Chez les adultes, on a le choix des méthodes; mais chez les petites filles, chez la mienne surtout, qui était très-peu développée, on ne peut opérer par le vagin. Je voulus d'abord faire la lithotritie, et, bien que j'aie eu recours à des instruments de plus en plus puissants, je ne pus briser le calcul. Je fis alors la taille uréthrale en fendant l'urèthre en haut. Les suites de l'opération furent simples : il y eut pendant quinze jours de l'incontinence, puis toutes les fonctions se rétablirent.

M. Verneuil. Il est évident que j'approuve la conduite de M. Paulet, qui avait affaire à un calcul d'oxalate de chaux, et qui l'a extrait au grand bénéfice de sa malade. Je pose pourtant en principe que, chez la femme, lorsque la lithotritie est possible, c'est elle qui me paraît devoir être tentée.

Si la lithotritie est contre-indiquée, c'est à la taille vaginale que j'aurais recours; enfin, pour les calculs très-volumineux, reste la taille sus-pubienne.

La taille uréthrale a contre elle la persistance de l'incontinence d'urine. J'ai vu un cas dans lequel on pratiqua la taille uréthrale, puis, le calcul étant trop gros pour pouvoir s'engager, on fit immédiatement la taille sus-pubienne; la taille sus-pubienne guérit très-vite, mais la malade conserve encore son incontinence.

Pour me résumer, je dirai : 1° chez l'enfant, si le calcul est friable, lithotritie; si le calcul est gros, taille sus-pubienne; 2° chez

l'adulte, si la lithotritie n'est pas possible, il faut faire la taille vaginale, car la cure des fistules vésico-vaginales est très-aisée avec nos moyens actuels.

La taille uréthrale doit devenir la méthode d'exception, et, à côté, je rangerai la dilatation forcée de l'urèthre, depuis que j'ai vu mourir en six jours une jeune femme à laquelle on avait pratiqué la dilatation. Ce sont des méthodes qui exposent à l'incontinence.

M. Tillaux. Je n'ai pas de fait personnel, mais je crois qu'en raison de la contradiction des auteurs, il faudrait tirer au clair cette question. Malgaigne, partisan de la taille vaginale, condamne l'uréthrale. M. Reliquet est d'un avis opposé ; il conseille la dilatation avec chloroforme, car l'agent anesthésique permettrait d'éviter les ruptures, causes de tous les accidents observés dans le cas de dilatation.

M. Verneuil nous conseille la lithotritie; je ne crois pas que ce soit l'opinion des hommes qui ont le plus appliqué la lithotritie. L'urèthre est, il est vrai, court et sans courbure chez la femme; mais, par cela même, le liquide nécessaire pour manœuvrer dans la vessie s'échappe facilement; aussi donnerai-je la préférence à la taille chez la femme.

M. Lannelongue. M. Tillaux fait une condition essentielle, pour pratiquer la lithotritie, d'agir dans une vessie remplie de liquide. Je suis d'une toute autre opinion; je crois plus facile d'opérer à *sec*, si je puis employer cette expression. J'ajoute que je crois à la tolérance de la vessie, que l'origine en soit ou non dans les nécessités sociales, plus grande qu'on ne l'a dit; j'excepte toutefois les petits enfants, chez lesquels le corps étranger du plus mince volume détermine une irritation très-forte.

Quant au parallèle qu'on a cherché à établir entre la taille et la lithotritie, sujet bien traité par M. Hybord, après Guersant, je crois pouvoir en déduire que la lithotritie est facile. Qu'il y ait des faits non passibles de la lithotritie, cela est certain; il faut faire un diagnostic exact, connaître les dimensions, la consistance du calcul, etc. Pour peu que le calcul soit volumineux, je donnerai la préférence à la taille vésico-vaginale, dont toute trace disparaît par une suture bien ordonnée.

M. Duplay. A défaut d'expérience personnelle, je tiens à donner des renseignements empruntés aux chirurgiens étrangers; cette question est traitée dans un mémoire consigné dans un des derniers numéros des *Archives de médecine.*

En Amérique, c'est la vaginale qui est la règle.

Quant à la lithotritie, je me range à l'avis de M. Tillaux, qui la redoute chez la femme par suite de l'issue facile du liquide.

La lithotritie faite à sec me paraît une hérésie; il faut un liquide,

que ce soit de l'eau ou de l'urine. Thompson, qui est opposé aux injections, ne vide pas la vessie et opère dans un organe moyennement distendu.

M. Desprès. Je suis d'avis que la taille uréthrale ne donne pas plus de place que la dilatation, ainsi que j'ai pu m'en assurer par cette dernière il y a quelques mois : à ce point de vue, la taille vésico-vaginale a une grande supériorité.

Quant à la lithotritie, j'appelle la faire à sec ne pas faire d'injection dans la vessie, agir, en un mot, dans une vessie telle qu'elle est au moment où l'on opère.

La statistique de M. Giraldès donne une mortalité plus grande par la lithotritie que par la taille pour les petits garçons ; il doit en être de même pour les petites filles. La statistique de Guersant me paraît avoir été faite d'enthousiasme ; elle est trop favorable pour la lithotritie, dont la manœuvre est si difficile chez les enfants, où l'on est exposé à pincer la paroi vésicale, ce qui explique la mort par péritonite.

M. Marjolin. Bien que je n'aie vu aucun cas de calcul chez les petites filles pendant les dix-huit ans que j'ai passés à Sainte-Eugénie, je puis assurer que, chez les enfants, la vessie supporte mal les liquides, et qu'il faut pousser très-lentement l'injection si on veut distendre un peu le réservoir urinaire.

M. Le Fort. Je crains qu'il y ait confusion sur la pratique des injections intra-vésicales. M. Desprès nous dit qu'il appelle faire la lithotritie à sec ne pas faire d'injection ; mais si la vessie contient beaucoup d'urine, on ne pourra dire qu'on opère à sec. En fait, il faut, pour opérer, une certaine quantité de liquide. Thompson injecte de 150 à 180 grammes dans la vessie. Le maniement des instruments est rendu plus facile, on ne contond pas les parois, les fragments qu'on fait éclater ne sont pas projetés avec force. La grande objection que faisaient les Anglais à la taille d'Alarton, qui était notre lithotritie périnéale, c'est que, brisant la pierre dans un réservoir vide, les fragments venaient contondre les parois de la vessie.

Quant aux statistiques, et en particulier à celle de Guersant, M. Desprès veut-il dire que ce chirurgien donnait des résultats faux? En 1828, Guersant était opposé à la lithotritie ; plus tard, il s'y est rallié. Il faut prendre la statistique intégrale, et, en faisant la défalcation des cas de complications indépendantes de l'opération, on trouve que la mortalité de la taille et de la lithotritie se balance à une décimale près.

M. Verneuil. Ce serait exagérer que de dire que l'on ne peut manœuvrer dans une vessie vide ; ce matin encore, j'ai introduit une sonde chez une de mes opérées de fistule vésico-vaginale qui avait présenté un calcul à une exploration antérieure ; je n'aipu re trouver

le calcul, mais j'ai pu manœuvrer à mon aise dans la vessie à l'état de vacuité. Il faut admettre de grandes différences entre les diverses vessies, mais on peut dire d'une manière générale que la manœuvre est facilitée par l'injection de 100 à 150 grammes d'eau que l'on fera pénétrer tiède et progressivement.

M. Lannelongue. En me servant du terme à sec, je voulais dire qu'il ne fallait pas injecter de liquide. J'ajoute, comme correctif, que je n'ai jamais entendu dire qu'il fallait vider la vessie avant d'opérer. Je ne m'inquiète pas de savoir, pour ma part, s'il y a ou non de l'urine dans la vessie, et j'ai vu Thomson introduire le lithotriteur peu d'instants après que le malade avait uriné.

M. Trélat. Voici la pratique qui me paraît la plus rationnelle. Je vide la vessie afin de me renseigner sur la tolérance de l'organe, la nature du liquide, puis je fais une injection lente, modérée et tiède; cela me paraît plus sage que d'aller à l'aventure sur des vessies très-différemment distendues. Pour moi, je commence par vider, puis je remplis modérément.

M. Desprès. Nous sommes très-voisins d'un accord; nous ne vidons pas la vessie, comme le fait M. Trélat avant d'opérer, parce que nous l'avons examinée huit jours avant; j'ajoute que Nélaton opérait sans introduire de liquide dans la vessie. Je prends la statistique de Guersant, publiée par lui, et plus tard par Giraldès, et j'y vois que la mortalité de la taille est de 8 sur 104 cas, c'est-à-dire à peu près 7 0/0; la mortalité de la lithotritie est de 7 sur 40 opérations, c'est-à-dire de 15 0/0 environ. Donc, en mettant sur le même plan la taille et la lithotritie, Guersant a parlé d'enthousiasme.

M. Le Fort. M. Desprès prend la statistique de Guersant dans le livre de Giraldès; j'ai consulté les publications de Guersant lui-même, j'ai pris à la fois sa statistique de la ville et de l'hôpital, et je répète que les deux opérations donnent une mortalité identique, à une décimale près.

M. Tillaux. Je désire ramener la discussion à son point de départ. M. Verneuil nous dit qu'il faut tenter d'abord la lithotritie dans la majorité des cas; mais cette opération est plus grave chez la femme; quelle en est la raison? Je me suis demandé si ce n'est pas par suite de l'échappement du liquide et du froissement des parois qui est la conséquence de l'opération faite véritablement à sec.

M. Sée. Je ne voudrais point laisser dire que M. Nélaton n'injectait pas de liquide; je lui ai vu briser, en dix séances, une grosse pierre, et chaque fois il vidait la vessie et y faisait une injection.

M. Duplay. Il y a une pratique qui tend à dominer pour la lithotritie; c'est d'aller vite et d'abréger les séances. On peut donc ne pas faire d'injection si le malade a uriné depuis quelque temps. Thompson supprime le temps de l'injection, de même qu'il n'introduit plus

à plusieurs reprises du liquide pour favoriser l'évacuation des fragments. En résumé, supprimer les temps non absolument nécessaires, mais ne pas opérer à sec, et ne pas dire qu'on opère à sec lorsqu'il reste du liquide.

M. Périer. Mon rapport n'a trait qu'aux calculs chez les petites filles. D'après la statistique de Walsham, chirurgien de l'hôpital Saint-Barthélemy, de Londres, qui comprend 63 cas de calculs, la lithotritie est une mauvaise opération chez les petites filles. La première tentative doit être la dilatation, à moins d'un calcul très-volumineux qui exige la taille hypogastrique : la taille vaginale, malgré la suture, peut laisser une fistule vésico-vaginale. Je ne suis pas convaincu que la taille urèthrale laisse aussi souvent que le pense M. Verneuil une incontinence; dans le cas qu'il nous a cité, il est probable qu'avant de faire la taille sus-pubienne, on avait exercé de grandes tractions.

Je ne puis accepter l'opinion de M. Desprès, que la taille uréthrale ne donne pas plus de place que la dilatation ; les observations prouvent le contraire, puisque des calculs qu'on n'avait pu extraire par la dilatation ont été retirés par la taille uréthrale.

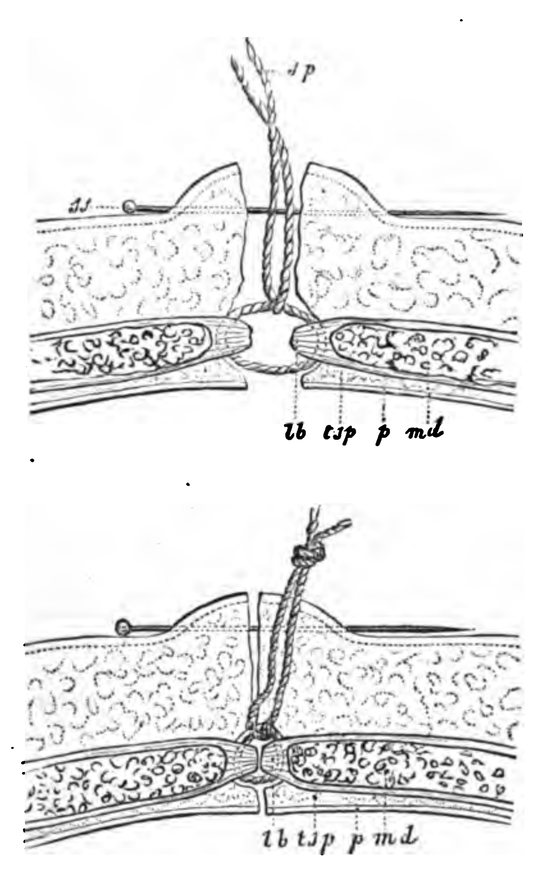
(*Bull. Soc. chir., séance du* 7 *mars* 1877.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

Réunion de la paroi abdominale. — Dans les réunions qu'il fait après la gastrotomie, M. Kœberlé emploie deux sutures, l'une profonde destinée à amener la coaptation et la réunion des plans fibro-musculaires et sous-cutanés, l'autre superficielle qui n'affronte que la peau. Pour la réunion profonde, la seule dont il veuille entretenir la Société, il employait autrefois une suture enchevillée. A cet effet une longue aiguille, armée d'un fil double à l'extrémité duquel était fixé un bout de sonde, était plongée à 4 ou 8 centimètres en dehors de l'incision et traversait obliquement la peau, la couche cellulo-graisseuse, les muscles et les tissus fibreux de la ligne blanche de manière à sortir au-dessus du péritoine. Les tissus de l'autre lèvre de l'incision étaient traversés dans les points symétriques, mais en sens opposé, et l'aiguille revenue au-dessus de la peau était passée au travers d'une cheville (bout de sonde), sur laquelle on nouait les deux chefs du fil de façon à maintenir l'affrontement de la paroi abdominale sans qu'il y eut traction sur la plaie.

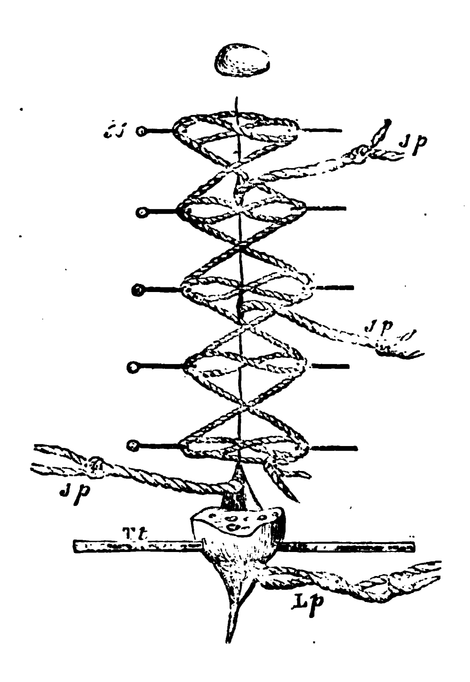
Cette réunion avait le mérite de la solidité et rapprochait parfaitement les parois, mais elle avait l'inconvénient de traverser une assez grande étendue de couches cellulo-graisseuses et musculaires, ce qui

donnait lieu parfois à des accidents de suppuration sur le trajet du fil. Ces accidents, assez graves dans quelques cas, ont, il y a trois ans déjà, déterminé M. Kœberlé à abandonner cette suture et à lui substituer un autre mode de réunion, qui n'intéresse absolument que les tissus connectifs. Cette suture faite dans les lèvres même de l'incision, ne comprend de chaque côté que les tissus fibreux de la ligne blanche et n'intéresse point le péritoine que l'on se contente de rapprocher et qui s'affronte tout naturellement lorsqu'on vient à nouer le fil. Le nœud doit être fortement serré sur les tissus, qu'il est destiné à couper, et maintenir solidement les parois abdominales. Les



ss Suture superficielle entortillée; *sp* Suture profonde ne comprenant que les — *lb* Tissus fibreux de la ligne blanche en laissant le — *tsp* Tissu connectif ous-péritonéal et le — *p* Péritoine s'affronter librement. — *md* Muscle droit.

extrémités du fil, tordues l'une sur l'autre, sont ramenées sur la peau par le trajet le plus court où cheminent suivant les circonstances dans le sillon de l'incision jusque dans l'angle inférieur de la plaie, de façon à servir au besoin de drain, dans le cas où celle-ci viendrait à sécréter des liquides.



ss Suture entortillée superficielle. — *sp* disposition des fils de la suture profonde le long de la ligne de réunion. — T*t* tige transversale traversant les tissus liés au-dessus de la — L*p* Ligature du pédicule au niveau des téguments.

Les deux chefs du fil de la suture profonde (*sp*) avant d'être disposés le long de l'incision doivent être préalablement tordus l'un autour de l'autre, d'une manière plus ou moins serrée, comme ceux de la ligature du pédicule (L*p*) et ne former ainsi qu'un seul cordon.

M. Kœberlé emploie ce mode de réunion, à l'exclusion de tous les autres, depuis 1874, et n'a, dans cet espace de temps, vu survenir aucun accident qui pût lui être imputé. Ce mode de réunion est très-simple et fort solide. Les fils restent en place jusqu'à ce qu'ils tombent d'eux-mêmes. Ce procédé permet d'appliquer, dès le premier jour, la suture collodionnée, faite de fils disposés régulièrement sur les côtés de la plaie et noués symétriquement sur la

partie moyenne du ventre, qui se trouve ainsi parfaitement soutenu, en même temps que les points de réunion sont garantis contre les tiraillements que pourraient occasionner des vomissements ou des efforts quelconques des opérés.

Torsion du cordon ombilical. Mort du fœtus. — M. le docteur Kœberlé fait voir un fragment de cordon ombilical, qui, sur une longueur de 1 centimètre, se trouve deux et demie fois tordu sur lui-même. La torsion porte sur la partie du cordon immédiatement voisine de l'anneau ombilical du fœtus. La constriction de l'organe en ce point est telle qu'il y est réduit à 2 millimètres d'épaisseur, tandis qu'au delà il reprend brusquement des dimensions normales.

Les mouvemments de l'enfant avaient été distinctement sentis par la mère quatre semaines environ avant l'accouchement; le fruit expulsé était un fœtus de cinq mois, qui présentait tous les caractères d'une macération prolongée. Il n'est pas douteux pour M. Kœberlé que la mort du fœtus n'ait été la conséquence de la torsion exagérée des vaisseaux ombilicaux, et il croit intéressant de signaler ce fait alors que la plupart des auteurs de traités d'accouchement semblent mettre en doute la possibilité de la mort du fœtus par la gêne circulatoire résultant des nœuds du cordon. (*Séance du 1er février* 1877, *Gaz. méd. de Strasbourg*).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Klinik der Geburtshülflichen Operationem, par Heinrich Fritsch, privat docent à l'Université de Halle. Deuxième édition augmentée avec onze planches et douze dessins. Halle, 1876, 390 pages, in-8°.

Cet ouvrage, bien qu'il ait mérité en moins de quinze mois les honneurs d'une seconde édition, n'a pas de caractères bien définis. En dépit de son titre, il n'est pas absolument clinique puisqu'il procède autant de la théorie que de l'observation : il n'est pas davantage une série de monographies puisqu'il n'épuise aucun des points qu'il touche; enfin il n'est pas davantage un manuel d'accouchements puisqu'il laisse plus de points à résoudre qu'il n'en résout. Voilà le reproche général auquel il donne lieu; quant à ses qualités, elles sont d'être court, ce qui est rare au temps d'aujourd'hui, et d'être clair, ce qui est encore plus rare surtout chez les Allemands.

Pour justifier ce jugement, nous analyserons rapidement cet ou-

vrage et ferons ainsi connaître la distribution des quatorze chapitres qu'il renferme.

Les trois premiers chapitres servent pour ainsi dire d'introduction. Ils sont consacrés à l'étude du mécanisme de l'accouchement dans les diverses présentations du fœtus. C'est là un résumé substantiel des nombreux travaux qui ont été publiés sur la matière, mais ce résumé était-il bien nécessaire, et en particulier l'étiologie des présentations de la face n'est-elle pas un hors-d'œuvre dans un livre qui a une direction essentiellement pratique. A mes yeux ces soixante pages pourraient être réduites de moitié.

Avec le chapitre IV, l'auteur entre véritablément en matière en traitant des causes qui retardent la descente de la tête dans le bassin et nécessitent l'application du forceps. L'emploi de cet instrument est motivé toutes les fois que la vie de la mère ou de l'enfant est menacée. Le ralentissement du pouls fœtal, la sortie du méconium, et par-dessus tout les secousses des pieds sont des indices certains du danger couru par l'enfant. Quant aux symptômes accusés par la mère qui nécessitent une semblable intervention, ils sont moins heureusement divisés. Vient ensuite le manuel opératoire qui s'il ne contient rien de neuf insiste sur les moyens d'éviter la rupture du périnée. Celle-ci est ensuite étudiée avec le plus grand soin, et les divers degrés qui peuvent se produire sont distribués en quatre espèces. Le traitement prophylactique consiste à empêcher la sortie brusque de la tête, à faire garder le décubitus latéral et enfin lorsque les parties sont trop rigides à pratiquer des incisions latérales. Se trouve-t-on en présence du fait accompli, il faut maintenir l'accouchée dans le décubitus latéral, lier les cuisses, retarder artificiellement les selles, et après la sortie du placenta et la cessation de l'hémorrhagie parenchymateuse, recourir à la suture des parties déchirées.

Dans le chapitre V il s'agit de l'étiologie, du diagnostic et du mécanisme des présentations du siége. En principe, écrit-il (p. 118), ce sont là de véritables *noli me tangere* et il ne faut intervenir que lorsque le siége est sorti. Cette maxime qui est de règle chez les multipares doit être moins absolue en ce qui concerne les primipares. Les résultats de l'attente sont si défavorables chez celles-ci qu'il faut souvent s'en départir en amenant la sortie d'une extrémité, et les dangers de cette opération ne sont pas aussi grands que le prétend l'auteur. Au reste, c'est là un point de pratique très-délicat dans lequel les circonstances individuelles doivent entrer en large ligne de compte. Il discute ensuite les divers modes d'intervention et enfin les accidents qui peuvent survenir avec détail et faits à l'appui.

Le chapitre VI est consacré à la version dont il décrit les diverses espèces et les indications. Rien de plus légitime assurément, mais à quoi bon parler de l'étiologie des présentations de l'épaule et de la

version spontanée? Etant admis le cadre de l'ouvrage, ces paragraphes sont pour le moins déplacés. Ce chapitre essentiellement pratique est sainement écrit : on voudrait cependant un peu moins d'engouement pour la version céphalique dont le succès est toujours problématique.

Le chapitre VII traite des opérations motivées par le fœtus. La chute du cordon, la chute des bras, l'hémicéphalie, les tumeurs du fœtus, l'ossification prématurée des fontanelles, le volume exagéré du corps, les accouchements gémellaires, les monstres doubles sont étudiés successivement. Rien de neuf, mais quelques faits propres à l'auteur en rendent la lecture intéressante. Ainsi une femme après trois couches simples accoucha à quatre reprises différentes d'un hémicéphale. Un fait encore plus curieux est celui d'une famille dans laquelle la grand'mère, la mère et cinq filles ont eu une première couche double alors que les suivantes ont été simples. Voilà sans contredit un exemple remarquable d'hérédité.

Le chapitre VIII traite des opérations nécessitées par l'état anormal des parties molles de la mère, l'adhérence des lèvres du méat utérin, la rigidité du col, les anomalies de l'utérus, du vagin et de la vulve ; l'hypertrophie du cervix de la portion vaginale, le prolapsus du vagin et de l'utérus, la rétroversion de l'utérus gravide, le carcinome et les fibromes de l'utérus et enfin les tumeurs de l'ovaire. Il ne saurait nous arrêter, car c'est un résumé très-court.

Le morceau de résistance est le chapitre IX, consacré à l'étroitesse du bassin et aux diverses opérations que motive cette malformation. A raison de son étendue, il échappe à l'analyse ; nous nous bornerons à dire que l'auteur expose clairement la question et y montre une prédilection marquée pour la version. En ce qui concerne la provocation de l'accouchement, il préfère la perforation des membranes; c'est sans doute le moyen le plus sûr, mais il a à mon sens l'inconvénient d'être le plus périlleux pour la vie de l'enfant vu l'écoulement prématuré des eaux. Ajoutons que les planches placées à la fin de l'ouvrage éclairent ce chapitre et donnent une image nette des déformations et des lésions de la tête fœtale occasionnées par l'étroitesse du bassin ou par les opérations.

Le chapitre X est consacré au détachement prématuré du placenta et le XI au placenta prævia, dont il combat les dangers par le tamponnement du vagin et l'accouchement forcé dès qu'il est possible. Enfin les trois derniers traitent de l'expulsion placentaire et de ses accidents, de l'avortement et de la mort apparente du fœtus.

Telle est en résumé l'économie de ce livre, qui à raison de son but essentiellement pratique est sobre d'indications bibliographiques. Toutes les faveurs sont du reste pour les accouchements allemands,

et parmi les auteurs français vivants M. PINARD est le seul dont il soit fait mention.

Malgré ces critiques diverses, il n'en reste pas moins un bon manuel d'*obstétrique opératoire*, mais il serait facile de le rendre meilleur en élaguant certains points et en développant certains autres. C'est à cette condition qu'il deviendra un véritable guide pour le médecin praticien.

D[r] Albert PUECH.

REVUE DES JOURNAUX.

Diagnosis of the ovarian cysts by the characters of the fluid (Diagnostic des kystes ovariens par l'examen des liquides obtenus par la ponction), par M. le D[r] KNOWSLEY THORNSTON, chirurgien du Samaritan hospital.

C'est un chirurgien américain, Drysdale qui, le premier, appela l'attention sur le liquide contenu dans les kystes ovariens et qui décrivit les caractères histologiques de ce qu'on a appelé depuis la cellule ovarienne de Drysdale. Sans attacher une importance particulière à la présence de cette cellule, le D[r] Thornston pense que les caractères chimiques et histologiqnes des liquides obtenus par la ponction ont une grande valeur clinique et peuvent être utilement ajoutés aux autres éléments de diagnostic.

Lorsque le liquide obtenu est légèrement visqueux et se coagule par la chaleur, et lorsque ce coagulum peut être dissous ou transformé en une gelée transparente par l'addition d'une égale quantité d'acide acétique et par l'ébullition, il provient très-probablement d'un kyste ovarien.

A ce premier caractère décrit par M. Spencer Wells, il faut ajouter les suivants :

Si le liquide est transparent, jaune pâle et non visqueux, s'il forme un coagulum épais et jaunâtre par la chaleur et qu'il ne se dissolve pas sous l'influence de l'acide acétique, il est probablement ascitique. Si le liquide est clair ou légèrement opaque, d'une densité très-basse, s'il ne se coagule pas sous l'influence de la chaleur et se trouble par l'ébullition ou par l'addition d'une quantité plus considérable d'acide acétique, il est probablement fourni par un kyste du ligament large.

Si le liquide légèrement visqueux et jaunâtre se coagule par la chaleur et ne se dissout ou ne se gélatinise que partiellement par l'addition d'acide acétique en excès, il est probablement constitué par un mélange de fluides ascitiqués et ovariens.

Quant à la cellule de Drysdale, elle présente les caractères suivants: c'est une petite cellule ronde remplie de granulations brillantes, d'un

volume variable mais ayant le plus souvent les dimensions d'un globule blanc; ce qui la distingue du globule blanc, c'est qu'elle résiste à l'action de l'acide acétique et de l'éther. Ces substances n'altèrent en rien ses caractères, si ce n'est toutefois l'éther qui rend plus distincts les granules qui sont irrégulièrement desséminées dans son intérieur. Indépendamment de la cellule de Drysdale, le liquide ovarien contient encore un petit nombre de globules sanguins et quelques granulations jaunâtres qui n'ont pas de membrane enveloppante. Lorsque le fluide provient d'un kyste du ligament large l'examen histologique n'y fait rien découvrir si ce n'est un petit nombre de cellules épithéliales.

(*Medical Times and Gazette*, 13 mai 1876.)

Dr A. Lutaud.

The ovulation theory of menstruation. — Will it stand? (La théorie ovulaire de la menstruation peut-elle être encore admise?) — M. le Dr A. Reeves Jackson vient de publier un travail fort intéressant sur l'ovulation et la menstruation, et le rapport qu'offrent entre elles ces deux fonctions. Il est arrivé aux conclusions suivantes : L'ovulation et la menstruation peuvent être indépendantes l'une de l'autre. L'ovulation est la fonction des ovaires, fonction irrégulière mais constante; la menstruation est la fonction de l'utérus, fonction régulière et rhythmique. La congestion menstruelle des organes pelviens, des ovaires en particulier, est, de toutes les causes, celle qui détermine le plus probablement la ponte quand une vésicule de de Graaf est suffisamment mûre. Comme conséquence, la menstruation et l'ovulation coïncident fréquemment. Il est regrettable que M. le Dr Reeves Jackson n'ait pas compris les travaux de Slavjansky et de Sinéty sur l'*atrésie* des follicules de de Graaf. Il a cru que dans ces cas il y avait rupture des ovisacs, ce qui l'a conduit à invoquer, pour défendre son opinion, des faits qui ne sont pas réels et à formuler une conclusion erronée.

(*American Journal of obstetrics*, octobre 1876, p. 529.)

Contribution à l'étiologie de l'infection puerpérale, par Lohr. — Cette communication peut se résumer en quelques lignes. En juillet 1876 et dans le même village survinrent brusquement et à très-peu d'intervalle l'un de l'autre, trois cas de péritonite puerpérale terminée plus ou moins vite par la mort. Les trois patientes avaient été accouchées par la même sage-femme, et l'enquête qui fut faite démontra que la première malade avait eu à son service, juste au temps de l'accouchement, une domestique qui deux ou trois jours

après l'accouchement avait eu un érisypèle de la face; cinq jours après l'accouchée était prise de fièvre puerpérale.

Ce nouveau fait semble établir une connexion étroite entre l'érysipèle et la fièvre puerpérale et vient à l'appui des faits précédemment publiés sur cette question encore pondante.

(*Archiv für Gynækologie*, t. XI, p. 203.)

VARIÉTES

De la gingivite des femmes enceintes et de son traitement, par le Dr Pinard, chef de clinique d'accouchement, et Désiré Pinard (1).

Ces auteurs ont publié récemment un mémoire intéressant sur la gengivite des femmes enceintes, dont nous croyons utile de rapporter les principaux passages.

Presque toutes les femmes enceintes présentent du côté des gencives des phénomènes morbides plus ou moins accusés, caractérisés par des gonflements, et la saillie du bord libre inter-dentaire surtout. Le bourrelet gengival est plus accusé au niveau de la partie antérieure et convexe des deux maxillaires qu'au niveau des molaires; la moindre pression exercée au niveau de la tuméfaction détermine de petites hémorrhagies. A un degré plus avancé les dents ont perdu de leur solidité et sont mêmes parfois expulsées spontanément de leur loge alvéolaire. La mastication est d'abord gênée, et devient d'autant plus pénible, plus difficile, que les lésions sont plus profondes.

Les auteurs admettent que c'est par l'intermédiaire de la circulation que la grossesse retentit directement sur les gencives. Pendant la grossesse la masse totale du sang augmentant, les congestions passives ou actives doivent être plus fréquentes. C'est sous l'influence de cet état de congestion que surviendrait le ramollissement gingival dont il vient d'être question.

D'autre part, le Dr Delestre, dans sa thèse inaugurale, a signalé que la congestion, la tuméfaction des gencives s'observent fréquemment chez les femmes pendant la période menstruelle.

Comme causes occasionnelles, les grosesses antérieures et le mauvais état général paraissent jouer le rôle principal.

La maladie débute le plus souvent vers le quatrième mois, quelquefois plus tôt, mais rarement. Elle disparaît un ou deux mois après l'accouchement, surtout chez des femmes qui n'allaitent pas.

Le traitement local a été le seul employé. Les auteurs ont eu recours

---

(1) Savy, éditeur. Paris, 1877.

successivement à la solution d'iode plus ou moins concentrée, au gycérolé de tannin appliqués en badigeonnages sur les gencives malades, au chlorate de potasse en lavages, à l'acide chromique et enfin à une solution alcoolique de chloral.

La solution d'iode, le glycérolé de tannin, le chlorale de potasse, quoique produisant de bons effets, sont loin d'amener une guérison rapide.

L'acide chromique est un médicament trop énergique et dont l'emploi est difficile.

La solution de chloral dont la formule est ci-dessous a toujours donné les meilleurs résultats, même dans les cas ou la teinture d'iode et le tannin, après avoir amené une légère amélioration, semblaient devoir rester définitivement impuissants.

℞ Hydrate de chloral.
Alcoolat de cochléaria. } āā parties égales.

Voici comment il convient d'opérer :

Si du tartre s'est déposé en assez grande quantité sur les dents, il convient d'abord de l'enlever, ce dépôt ayant l'inconvénient d'empêcher ou tout au moins de retarder la guérison. Ce nettoyage une fois opéré, on applique tous les jours ou tous les deux jours la solution sur le bord libre des gencives à l'aide d'un intrument dont l'extrémité enveloppée d'un bourrelet de ouate sert de petite éponge.

Ce pansement est peu douloureux, la cautérisation légère et peu profonde, car l'eschare blanche et superficielle, qui en résulte disparaît en général vingt-quatre ou trente-six heures après l'application.

La moyenne de durée du traitement est de douze jours.

Congrès périodique international des sciences médicales (5e session). — Le Congrès s'ouvrira à Genève le dimanche 9 septembre, à une heure, sous les hospices du Haut-Conseil fédéral Suisse et des autorités de Canton et de la ville de Genève.

Le Congrès durera une semaine, du 9 au 15 septembre inclusivement.

La 3e section du Congrès est consacrée à la gynécologie et aux accouchements.

Voici les questions qui seront soumises au Congrès dans cette section :

1° *Souffle placentaire*, par le Dr Rapin de Lausanne ;

2° *Alimentation artificielle des enfants du premier âge*, par Zweifel, professeur d'obstétrique et de gynécologie à Erlangen ;

3° *Anesthésie pendant l'accouchement*, par le Dr Piachaud, ex-chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Genève ;

4° *De la loi d'accroissement des enfants pendant leur première année et de ses déviations physiologiques et pathologiques*, par le Dr ODIER, chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Genève;

5° *Dysménorrhée pseudo-membraneuse*, par le Dr GAUTIER, médecin de l'hôpital Butini à Genève.

Dans la 11e section, qui est consacrée à la chirurgie, M. VERNEUIL, professeur de clinique chirurgicale à Paris, fera une communication sur l'*influence des traumatismes sur la grossesse et réciproquement.*

American gynecological Society (Societé de gynécologie américaine).

La seconde réunion de la Société aura lieu à Boston les 30 et 31 mai et 1er juin 1877.

Voici les titres des principaux travaux qui seront soumis au Congrès :

Discours du Président, M. FORDYCE BARKER;

Traitement intra-utérin des flexions, par le Dr ELY VAN DE WARKER;

Anesthésie pendant l'accouchement, par le Dr W.-T. LUSK;

Dilatation du col, pour arrêter les hémorrhagies, par le Dr G.-H. LYMAN;

Corps jaune, par le Dr J.-C. DALTON (de New-York);

Rapports existant entre la grossesse et la phthisie par le Dr W.-L RICHARDSON;

Ovariotomie vaginale, par le Dr GOODELL;

Hémorrhagie post-partum, par le Dr R.-A.-F. PENROSE.

Prix à décerner en 1879. — La Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux met au concours la question suivante :

Etude microscopique du sang humain, frais et sec, du fœtus et de l'adulte, comparativement à celle du sang des autres mammifères, au point de vue médico-légal.

Le prix, d'une valeur de 1,000 fr., sera décerné à la fin de l'année 1879.

Les Mémoires, écrits très-lisiblement, en français ou en latin, doivent être adressés, *francs de port*, à M. DOUAUD, secrétaire général de la Société, allées de Tourny, 10, jusqu'au 31 août 1879, limite de rigueur. Les Membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître; chaque Mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

Société protectrice de l'enfance. — La Société met au concours la question suivante : *Faut-il rétablir les tours?* Le prix sera de 500 fr. Les mémoires, écrits en français, doivent être adressés *francs de port* avant le 1er novembre 1877 au secrétaire général de la Société, M. le Dr DUCHESNE, 85, rue des Saints-Pères. Les travaux admis au concours ne seront pas rendus à leurs auteurs. Les membres du conseil d'administration sont seuls exclus du concours. Les concurrents joindront à leur envoi un pli cacheté contenant leur nom et leur adresse, avec une devise répétée en tête de leur travail.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Hypertrophie de la rate simulant une tumeur de l'ovaire (*The medical Record*, 27 mars 1876, p. 347).

Grossesse intra-utérine, par YEMANS (*Detroit Review of medicine*, octobre 1876, p. 670).

Grossesse intra-utérine gastrotomie, par John MACDOUGALL (*Edinburgh med. Journ.*, juillet 1876, p. 11).

Notes cliniques sur le développement prématuré du cancer du col utérin, par LIEBMAN (*Transactions of the obstet. Soc. of London*, vol. XVII).

Trois tumeurs érectiles veineuses enlevées avec succès au moyen de la ligature élastique, par Frances-Elisabeth HOGGAN (*Medical Examiner*, 29 juin 1876).

Fièvre puerpérale, par CHURCHILL (*British med. Journal*, 25 mars 1876, p. 388).

Rétention du placenta après l'avortement, par le Dr GARY (*The Detroit Review of med.*, octobre 1876, p. 672).

Involution utérine (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, novembre 1876).

Avortement; rétention du placenta (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, novembre 1876).

Hématocèle vaginale, par GARCIA (Société anatomique, in *Progrès médical*, 9 décembre 1876).

Aménorrhée par empoisonnement par le plomb, par STRELTH (*Medical Times*, 1876; *Analyse*, in *Archives de médecine*, novembre 1876, p. 621).

Cas d'ovariotomie, par BUCHANAN (*British med. Journ.*, 9 décembre 1876, p. 742).

Du cœur chez les femmes enceintes et les accouchées, par LOHLEIN (*Centralblatt de Leipzig*; *Analyse*, in *France médicale*, 1876, p. 815).

Sur un cas d'oblitération congénitale de l'œsophage, par le Dr Ed. Porro (*in Annali Universali di medicina*, août 1871).

Avortement provoqué pour un rétrécissement considérable du bassin par ostéomalacie, par le même (Milan, février 1872, typ. Rechiedei).

Insertion vicieuse centrale du placenta, hémorrhagie grave, présentation de l'épaule droite, etc., par le même (*in Gazzeta medica Ital.-Lombard.*, 1873).

Rétrécissement du bassin par déformation congénitale et rachitisme, rupture de l'utérus, changement consécutif de présentation; généralités sur le mécanisme des déformations de la paroi antérieure du bassin et indications qui en découlent, par le même (Milano, 1873, typ. Rechiedei).

Le spéculum utérin dans la pratique des accouchements, par le même (*in Annali Univers. di medic.*, 1873, vol. 226).

Attitude extraordinaire d'un fœtus mal conformé; considérations sur quelques difficultés accompagnant la naissance des fœtus monstrueux ou malades, par le même (Milano, *Gazz. medica Ital.-Lombard.*, 1873, série VI, t. VI).

Sur l'obliquité postérieure de l'utérus au moment de l'accouchement, par le même (Milano, *Gazz. medica Ital.-Lombard.*, 1874, série VII, t. I).

Etudes sur le traitement de la métrorrhagie puerpérale, par Luigi Giuntoli (l'*Imparziale*, 2, 17 février 1874, et l'*Osservatore*, 17 mars).

Des indications et de la valeur de l'accouchement artificiel dans les bassins rétrécis, par Landan (*Arch. f. Gyn.*, t. XI, p. 1).

Excroissances et tumeurs de l'intérieur et du pourtour de l'urèthre de la femme; leur traitement, par le professeur Rizzoli (l'*Osservatore*, 17 mars 1874).

De l'influence exercée par les changements de positions et les diverses positions de la parturiente sur l'accouchement, par Lahş (*Arch. f. Gyn.*, t. XI, p. 22).

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Guide médical aux eaux minérales d'Auvergne, par le Dr Félix Puy-le-Blanc. Cocooz, éditeur. Paris, 1877.

Grossesse double de deux mois et demi à trois mois, avortement d'un premier fœtus; trois jours après, avortement du deuxième fœtus, par le Dr Verrier.

ERRATUM

Numéro d'avril 1877, p. 290, ligne 14. Après quatrièment *au lieu de* : l'importance que tend à prendre dans l'opinion la santé des femmes; *lisez* : l'importance que l'opinion générale commence à attribuer à la position dans la santé des femmes.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. Leblond.

A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Juin 1877.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Contribution a l'étude des hématocèles péri-utérines, et notamment de l'hématocèle par néo-membranes pelviennes. — De la pachypéritonite hémorrhagique.

Par le Dr Jules Besnier (1).

Je ne me dissimule pas combien le titre même de ce travail va heurter les idées qui règnent aujourd'hui sur le mode de formation des hématocèles chez la femme. Aussi, avons-nous hâte de citer, pour le justifier pour ainsi dire, les lignes suivantes, empruntées à deux auteurs; dont on ne saurait nier la compétence en pareille matière.

« Il se peut, comme le professeur Virchow, que des néo

---

(1) Ce travail a été communiqué à la Société médicale d'émulation, dans sa séance du 5 mai 1877.

membranes engendrées par une pelvi-péritonite, de date plus ou moins ancienne, soient ultérieurement, comme dans la pachyméningite, le siége d'une exhalation sanguine, qui sera enkystée par avance. Cette exhalation sanguine secondaire constituera une espèce toute particulière d'hématome utérin...» (1) Ainsi parle Bernutz. De son côté Gallard, à propos de sa théorie, d'après laquelle il considère l'hématocèle, comme une grossesse ou une ponte extra-utérine, ajoute que le sang peut provenir soit de la rupture du kyste fœtal, soit des fausses membranes, qui se sont organisées autour de ce kyste fœtal. « L'extravasation sanguine, dit-il, se fait alors par suite d'un travail morbide, analogue à celui qui donne lieu aux hémorrhagies intra-arachnoïdiennes dans la pachyméningite... » (2). Il est vrai de dire aussi que ces deux auteurs ne font qu'indiquer cette possibilité de la formation des hématocèles par l'intermédiaire de néo-membranes préexistantes, et qu'ils n'y attachent aucune importance.

Mais d'un autre côté, est-il nécessaire de rappeler qu'on est singulièrement divisé sur la pathogénie de ces affections, et que cette question est encore entourée d'obscurité, malgré les théories nombreuses qui ont été émises sur ce sujet? Lorsqu'on parcourt ce qui a été écrit sur les hématocèles, on est frappé des opinions contradictoires qui se sont fait jour, et des discussions auxquelles elles ont donné lieu, à propos de leur cause prochaine. De même, lorsqu'on se reporte aux observations cliniques, on n'est pas moins frappé de la disparité des faits, que l'on comprend sous ce nom d'hématocèle, et que chaque auteur s'efforce pour ainsi dire de rendre justiciables de la théorie qu'il soutient.

S'il est facile de se faire une opinion sur la valeur intrinsèque de ces différentes théories, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de leur portée, c'est-à-dire de l'extension qu'on est

(1) Bernutz, art. *Hématocèle* du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XVII, 1873, p. 307.

(2) Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, 1873, p. 681.

en droit de leur accorder. A ce point de vue, on est obligé de reconnaître qu'il n'en est aucune, même parmi celles qui paraissent le mieux établies, qui soit hors de toute contestation, en tant du moins qu'on puisse y faire rentrer l'ensemble des faits, qu'on rencontre le plus souvent dans la pratique ordinaire.

Ces citations et ces réflexions expliqueront comment, dans un fait d'hématocèle intra-péritonéale, que nous avons pu suivre depuis le début de l'affection jusqu'à sa terminaison par la guérison; nous avons été amené à rechercher quelle pouvait être dans ce cas l'origine de la tumeur hématique; et à admettre, en prenant pour point de départ la théorie de Virchow, que cette tumeur ne pouvait provenir que d'une hémorrhagie, ayant sa source dans des néo-membranes et des vaisseaux de nouvelle formation, dus à une péritonite subaiguë qui préexistait à son apparition.

Un second fait s'étant présenté à nous quelque temps après, dans des conditions à peu de chose près semblables, et ayant été interprété de la même façon; nous nous sommes demandé si, parmi les hématocèles intra-péritonéales et communes, celles qui se terminent par la guérison, ou si du moins un certain nombre d'entre elles n'étaient pas, comme les deux cas que nous venions d'observer, des faits d'hématocèles liées à des pelvi-péritonites antérieures, c'est-à-dire des hématomes par néo-membranes pelviennes.

Cette question ayant été résolue par l'affirmative et même dans un sens très-général, poursuivant l'étude de ce groupe d'hématocèles, nous avons dû préciser le mode de formation de la tumeur hématique, et par là même examiner les conditions dans lesquelles l'hémorrhagie vient à se produire en pareils cas; ce qui nous a conduit à regarder les hématocèles ordinaires et à terminaisen favorable comme étant le plus souvent, pour ne pas dire toujours, non des entités morbides ni même des affections particulières, mais seulement la conséquence directe ou la seconde période de pelvi-péritonites soit anciennes, soit récentes et subaiguës, devenues accidentellement ou se-

condairement hémorrhagiques, par l'intermédiaire de néomembranes organisées et vascularisées.

Il est un néologisme qui dans la circonstance s'imposait pour ainsi dire de lui-même et qui indique bien comment nous comprenons ces affections, c'est celui de *pachypéritonite hémorrhagique*; aussi emploierons-nous cette dénomination, en ayant soin de noter toutefois que nous ne voulons pas dire par là qu'il s'agit d'une forme spéciale de pelvi-péritonite, mais seulement que dans ces cas l'hématome utérin est l'analogue de l'hématome cérébral, qui n'est au fond, comme on l'a établi depuis longtemps, qu'une pachyméningite hémorrhagique.

Enfin pour compléter cette étude, nous avons dû examiner encore si cette manière de comprendre les hématocèles ordinaires se conciliait avec toutes les particularités que présentent ces affections; ce qui nous a permis d'apporter de nouvelles preuves en sa faveur.

Telle est l'origine de ce travail. Il a pour but, comme on le voit, d'appeler l'attention sur un mode de formation des hématocèles intra-péritonéales, jusqu'ici à peine signalé, pour ne pas dire méconnu, et qui cependant nous a paru justifié par l'examen de la question à tous ses points de vues.

Nous suivrons l'ordre que nous venons d'indiquer. Dans une première partie, nous citerons notre observation *princeps*, en la faisant suivre d'une discussion aussi sévère que l'exige la question, telle que nous l'envisageons. Dans la seconde, nous démontrerons, en nous appuyant sur les descriptions cliniques des auteurs, sur l'étude des faits, ainsi que sur l'examen critique des théories émises pour les interpréter, que les hématocèles communes et à terminaison favorable forment un groupe parfaitement distinct, et ne sont autres que des hématocèles par néo-membranes pelviennes. Dans une troisième partie, nous compléterons leur étude, en indiquant les différentes circonstances dans lesquelles la tumeur hématique prend naissance, en les définissant et en examinant leur évolution et les principales questions que soulève leur histoire. En appendice et comme preuves à l'appui de ce que nous aurons avancé, nous citerons notre seconde observation personnelle, et le ré-

sumé de quelques-unes de celles auxquelles nous avons fait allusion dans le cours de ce travail.

PREMIÈRE PARTIE

OBSERVATION ET DISCUSSION

Observation. — Hématocèle rétro-utérine par néo-membranes pelviennes, ou pachypéritonite hémorrhagique, secondaire. *Avortement au troisième mois de la grossesse; métrorrhagie par rétention du placenta. — Métro-péritonite consécutive. — Hématocèle; ouverture à l'extérieur. — Guérison.*

Mme M... me fait appeler, le 25 novembre 1874, pour des pertes et des douleurs, dont elle était atteinte depuis quelque temps déjà. C'est une jeune femme de 24 ans, d'une taille moyenne, mais bien constituée et ayant une tendance marquée à l'embonpoint. Ses règles ont paru à l'âge de 13 ans, et ne venaient qu'une fois sur trois avant son mariage, sans s'accompagner du reste de douleurs notables. Mariée à l'âge de 20 ans, elle accouche à terme, le 15 mars 1872, d'un premier enfant; à la fin du mois de juillet suivant elle fait une fausse couche d'environ trois mois, et au mois d'octobre de l'année suivante elle accouche à terme et sans accident d'un second enfant, et elle se rétablit promptement.

Depuis ce dernier accouchement, son ventre est resté un peu volumineux, et ses règles sont redevenues ce qu'elles étaient avant son mariage, c'est-à-dire peu abondantes et irrégulières.

En mars et avril de l'année 1874, les règles ne viennent pas; quelques signes lui font penser qu'elle est encore enceinte; le ventre lui paraît gonflé et surtout plus sensible; elle se fatigue facilement, et en mai elle est obligée de s'aliter de temps en temps. Le médecin qui la voit alors pense, comme elle et son mari, qu'il y a commencement de grossesse; puis à la fin de mai elle perd abondamment, et cette perte s'accompagne de quelques coliques plus vives qu'à l'ordinaire; cependant on lui parle d'un engorgement de l'ovaire.

Le mois suivant, fin de juin, les règles reviennent à leur époque habituelle; puis rien ne paraît plus jusque dans le courant d'octobre, c'est-à-dire pendant plus de trois mois; et voici ce qui se passe dans cet intervalle :

Vers la fin de juillet il lui semble que son ventre, qui avait un peu diminué à la suite de la perte du mois de mai, redevient plus volumineux. En août sa poitrine s'élargit, ses corsages deviennent étroits, et elle est obligée de les agrandir avant de se rendre à la campagne; là son ventre est encore plus gros et plus sensible ; elle ne peut faire de longues marches. Elle se croit encore enceinte pour la cinquième fois; son entourage en est persuadé. De retour à Paris en septembre, presque tous les jours elle a des vomissements qui viennent la confirmer dans son opinion. Au commencement d'octobre, ces vomissements reviennent presque à chaque repas.

Vers le 16 octobre, elle est obligée de déménager et elle se fatigue à cette occasion plus que d'habitude. Alors apparaît pour la première fois un écoulement vaginal, composé d'abord d'eau sale, d'eau rousse (*sic*), et qui se colore bientôt et fait place à une véritable perte rouge, presque continue et s'accompagnant de caillots sanguins. Toutefois elle ne remarque rien dans ce qu'elle perd qui soit comparable à ce qu'elle avait déjà eu à sa première fausse couche, et elle n'accuse pas de coliques bien nettes à un moment donné ; mais elle dit que son ventre, qui était déjà sensible depuis longtemps, devient le siége de véritables douleurs. Elle va et vient cependant, mais avec peine ; elle est obligée de soutenir de la main la paroi abdominale lorsqu'elle marche ; elle souffre en s'asseyant, et assise elle hésite à se lever en raison du retour des douleurs.

Cet état persistant, ses forces diminuent peu à peu; elle perd l'appétit bien que les vomissements disparaissent, et à partir du 20 novembre, alors que la perte continue et qu'elle rend de temps en temps des caillots qu'elle n'examine pas toujours avec soin, son ventre devient de plus en plus douloureux, au point qu'elle est obligée de prendre le lit, pour ne plus le quitter. C'est alors qu'elle nous fait demander.

Le 25 novembre. — *Etat actuel.* Décubitus dorsal, facies pâle et anémique, lèvres décolorées; peu de chaleur à la peau ; pouls petit, régulier, fréquent, à 100 ; quelques nausées dans la nuit, et quelques vomituritions.

Ventre très-volumineux et en en même temps très-douloureux, mais non au point d'empêcher l'exploration, qui fait percevoir l'existence d'une masse résistante et mate à la percussion, remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, occupant la partie médiane et suspubienne de l'abdomen; non mobile ou du moins dont les tentatives de mobilisation provoquent une douleur vive ; non fluctuante en aucun point; affectant une forme convexe et arrondie à sa partie supérieure, comme le dénotent la percussion et la palpation pratiquées à ses limites; plus étalée sur ses parties latérales, surtout du côté droit, et s'avançant ainsi de chaque côté

vers les fosses iliaqnes, qu'elle laisse libres cependant, car la main peut encore les déprimer en partie, et tout à fait en dehors.

Sonorité très-marquée et exagérée dans tout le reste du ventre et dénotant un degré notable de tympanisme ; pas de douleurs en dehors du voisinage de la tumeur abdominale. Respiration un peu fréquente et gênée par le tympanisme.

Pertes sanguines assez abondantes et avec quelques caillots sanguins sur la dernière serviette qu'on peut nous montrer.

Au toucher vaginal, *col utérin* dans sa situation normale, et facile à atteindre ; il est peu mobile, très-gros et un peu mou, comme fongueux et allongé ; fermé complètement ; peu sensible.

Culs-de-sac vaginaux complètement libres, paraissant même exagérés en raison de la longueur du col, et laissant le doigt contourner ce dernier en tous sens ; donnant au doigt une certaine sensation de chaleur, légèrement sensibles à la pression, surtout en arrière ; pas de battements artériels.

Le palper abdominal, combiné avec le toucher vaginal, ne donne que peu de résultats ; la tumeur du ventre interceptée n'arrive pas au doigt placé dans le vagin, et ne peut être mobilisée, par suite des douleurs que toute tentative dans ce sens exagère.

Pas de troubles du côté de la vessie, ni du côté du rectum.

— En raison des renseignements fournis, nous pensons qu'il y a eu grossesse, et que cette grossesse a été suivie d'une fausse couche au troisième mois; mais en raison des pertes sanguines de la tumeur abdominale, nous nous demandons si cette fausse couche est effectuée; en tout cas l'existence d'une métro-péritonite nous paraît incontestable. — Recommandation expresse est faite de nous conserver tous les linges dont la malade se servira. — *Traitement.* Glace à l'intérieur; potion de Todd additionnée d'extrait de kina ; cataplasme laudanisé sur le ventre.

Le 26. — Pas de changement notable ni dans l'état local, ni dans l'état général.

Le 28. — Persistance de l'écoulement sanguin qui est cependant moindre que les jours précédents.

Examen au spéculum, qui fait constater que le col est en effet très-gros et fongueux à son orifice, qui, tout en laissant suinter du sang, est complètement fermé. Même état des culs-de-sac vaginaux, qui reçoivent facilement les valves du spéculum, dont l'application n'est pas douloureuse. La malade recouchée sent qu'à la suite des mouvements qu'elle vient de faire la perte reprend avec assez d'abondance.

Le 1er décembre. — Douleur plus vive du côté gauche du ventre que du côté droit, bien que l'état de la tumeur abdominale ne change pas.

Traitement ut supra, plus vésicatoire à gauche.

Le 2. — Frissons répétés suivis de chaleur dans la nuit. Ce matin, peau chaude, facies animé par la fièvre, pouls à 120; anxiété assez marquée.

Pertes plus abondantes, et au milieu des caillots qu'on nous montre, nous trouvons une masse résistante, qui, délayée dans l'eau, a l'aspect suivant : c'est une membrane à bords irréguliers, large de trois doigts et un peu plus longue; épaisse de quelques centimètres, spongieuse et assez résistante; l'une de ses faces est d'une coloration uniforme et rougeâtre; l'autre est d'un blanc jaunâtre par places, et il s'en détache quelques flocons amincis, jaunâtres et comme macérés.

La perte continue, mais elle est presque décolorée, et elle répand une odeur très-marquée, ce qui ne nous avait pas frappé jusque-là, à ce degré du moins.

Au toucher vaginal, le col utérin ne laisse pas pénétrer le doigt, bien qu'il paraisse moins fermé que les jours précédents. Même état des culs-de-sac vaginaux.

Le ventre est plus volumineux, mais cela tient au tympanisme qui a augmenté, et non à la tumeur, qui n'a pas sensiblement changé.

— Le rejet du produit membraneux, qui nous paraît être un fragment du placenta, nous confirme dans l'idée d'une fausse couche, et nous fait espérer que la perte va cesser.

Traitement. Sulfate de quinine 1 gr.; injections vaginales d'eau alcoolisée et phéniquée.

Le 3. — Quelques frissons encore; même état de la peau et du pouls; même état du ventre.

Persistance de l'écoulement d'un liquide teinté en rouge, assez épais et fortement odorant; dans les linges de la nuit, nous retrouvons deux nouveaux fragments membraneux rougeâtres, plus minces et plus petits que celui de la veille.

Traitement ut supra. Purgatif léger.

Le 4. — Pas de frisson. Même état par ailleurs, continuation des pertes odorantes, mais elles sont moins abondantes. Au toucher vaginal, col complètement fermé. Pas de changement dans l'état des culs-de-sac vaginaux.

Traitement ut supra, sauf sulfate de quinine 40 centigr. seulement.

Le 5. — Etat fébrile moins prononcé, pouls à 100. Même état du ventre; diminution des pertes odorantes.

Traitement ut supra.

Le 6. — *Apparition de nouveaux accidents*. Redoublement de la fièvre dans la nuit avec quelques frissons; hoquets répétés, deux vomissements. Langue blanchâtre, soif vive.

Ténesme vésical et anal très-marqué, survenu dans la nuit et tourmentant depuis la malade qui, à chaque instant, a envie d'uriner.

Douleurs plus vives dans le ventre, dont l'exploration est par là même plus difficile; pas de saillie qu'on puisse rapporter à la vessie; la douleur est surtout vive au niveau de la tumeur abdominale, qui est plus volumineuse et paraît s'être rapprochée encore de l'ombilic.

Au toucher vaginal. Tumeur énorme remplissant tout le cul-de-sac postérieur du vagin; repoussant violemment le col utérin en haut et en avant derrière la symphyse pubienne, où le doigt l'atteint à peine, et déprimant fortement en arrière la paroi recto-vaginale; tumeur lisse et tendue à sa surface, douloureuse à la pression, résistante et sans fluctuation, chaude sous le doigt; et offrant des battements artériels très-marqués et paraissant dépendre d'une artère déjà un peu volumineuse. Pas d'écoulement vaginal ni en rouge ni en blanc.

Au toucher rectal. Le doigt tombe, à une petite distance de l'anus, sur la tumeur, qui aplatit le rectum et sur laquelle il se perd sans en atteindre la limite supérieure; de ce côté, pas plus que du côté du vagin, il n'y a de fluctuation en aucun point.

— Malgré l'apparition soudaine et les caractères de cette tumeur, nous pensons avoir affaire à une pelvi-péritonite suppurée, en raison des conditions morbides antérieures.

Traitement. Glace, eau de Seltz. Même potion à l'alcool et au quinquina. Cataplasmes laudanisés.

Le 7. — Pas de changement notable dans l'état de la malade, si ce n'est qu'elle se plaint moins du ténesme, et que les nausées ont diminué.

Traitement ut supra, sauf large couche de collodion sur tout le ventre.

Le 9. — Légère amélioration de l'état général. Diminution de la fièvre; pas de nausées. Même état local.

Traitement ut supra, plus purgatif léger.

Le 10. — L'amélioration reste au même point. Moins de fièvre, moins de ténesme; il y a eu trois ou quatre garde-robes assez faciles. Même état au toucher vaginal.

Traitement ut supra.

Le 12. — La fièvre est moins marquée; mais le ventre est toujours volumineux et douloureux. Après l'enlèvement de la couche de collodion, le côté droit de la tumeur abdominale paraît plus empâté que le côté gauche.

Traitement ut supra et vésicatoire à droite.

Du 13 au 21. — Pas de changement notable ni dans l'état local, ni dans l'état général. Légère amélioration de l'un et de l'autre.

Traitement ut supra, plus, de 1 à 5 pilules de 1 centigramme d'extrait thébaïque, pour amener le sommeil la nuit.

Le 22. —*Ouverture spontanée de la tumeur vaginale.* « Il y a du nouveau, nous dit la malade en nous voyant, mes règles sont revenues, je vais mieux »; et l'on nous montre à notre grand étonnement trois ou quatre serviettes largement tachées en rouge, dont la dernière est encore recouverte d'un sang noir, épais, visqueux et abondant. Cet écoulement était survenu brusquement, sans cause appréciable, dans la nuit du 21 au 22, et continuait encore. Diminution notable du volume du ventre, ainsi que de la douleur abdominale à la pression et aux mouvements. Disparition complète du ténesme anal et vésical. A peine de fièvre, sensation générale de bien-être de la malade.

Traitement. Alcool, kina, cataplasmes laudanisés.

Le 23. — Persistance de l'écoulement vaginal, qui est cependant moins abondant, et moins fortement coloré. Le ventre a encore diminué, le sillon transversal sus-pubien se dessine légèrement à la grande satisfaction de la malade, dont les mouvements sont plus libres. En déprimant la paroi abdominale, on constate que la tumeur suspubienne, devenue plus petite, prédomine du côté droit; elle est toujours arrondie à sa limite supérieure, qui dépasse encore de trois travers de doigt le pubis; elle est toujours dure et résistante dans toute son étendue; mais elle est moins douloureuse.

Au toucher vaginal, le cul-de-sac postérieur est sensiblement dégagé par l'affaissement de la tumeur qui le remplissait; mais il présente toujours une tuméfaction assez lisse, sur laquelle on sent cependant quelques plis résistants; pas de fluctuation; douleur assez vive sous le doigt; il n'y a plus de chaleur notable, ni de battements artériels. Le col utérin est toujours porté en haut et en avant derrière le pubis, mais il est beaucoup plus facile à atteindre, et on peut le contourner et pénétrer ainsi dans le cul-de-sac vaginal antérieur qui est libre. Le doigt retiré est couvert d'un liquide rouge-brunâtre, sans odeur exagérée. Au toucher rectal, le doigt est obligé d'enfoncer plus profondément pour atteindre la tumeur, qui de ce côté forme encore une masse dure, arrondie et douloureuse à la pression un peu forte, mais très-notablement diminuée de volume.

Traitement ut supra, injections vaginales.

Le 26. — Amélioration générale et locale notable. *Même traitement.*

Le 30. — *Nouveaux accidents encore* : frisson violent dans la nuit avec tremblements, suivi de chaleur vive, survenu sans cause apparente. Pouls fréquent, à 110. Douleurs et élancements dans le petit bassin. Pas d'augmentation dans le volume du ventre; la tumeur abdominale a même beaucoup diminué depuis plusieurs jours

et n'est pas plus sensible à la pression. L'écoulement vaginal persiste à peine.

Traitement. Alcool, kina; sulfate de quinine 1 gramme, injections alcoolisées et phéniquées; cataplasmes laudunisés.

Le 31. — Ecoulement abondant et franchement purulent; pas de nouveau frisson; fièvre moins vive, disparition des élancements et des douleurs profondes.

Traitement ut supra.

Le 1er janvier. —L'écoulement persiste avec les mêmes caractères, mais il est beaucoup moins abondant. Amélioration générale très-marquée. Au toucher vaginal, le col utérin est revenu en arrière et en bas, il tend à reprendre sa place normale. Le cul-de-sac vaginal postérieur redevenu plus profond, donne la sensation d'un plancher résistant, sur lequel nous sentons manifestement une ouverture ou *une dépression en cul-de-poule* à bords indurés, occupant à peu près son centre.

Traitement. Pas de quinine ; mêmes injections.

Le 5. — La malade a eu hier un mouvement fébrile avec frisson, semblable à celui qu'elle avait eu il y a cinq jours, mais moins prononcé que le premier, et accompagné également de tension douloureuse et d'élancements dans le petit bassin. Aujourd'hui, réapparition d'un écoulement purulent assez abondant et soulagement de la malade.

Pendant tout le mois de janvier et le commencement de février, les mêmes phénomènes de fièvre avec frisson et d'élancements dans le petit bassin se reproduisent avec plus ou moins d'intensité, et sont suivis de la réapparition d'un écoulement purulent qui soulage la malade et dure deux ou trois jours. Dans ce long intervalle, le col utérin revient peu à peu à sa position normale; le cul-de-sac vaginal postérieur devient de plus en plus libre, perd peu à peu son induration pour redevenir souple et non douloureux ; et en même temps la tumeur abdominale diminue de plus en plus de volume pour disparaître complètement. La malade, malgré ces arrêts passagers, reprend des forces, entre en convalescence ; elle peut se lever vers le 15 février. Ses règles, qui ont manqué fin janvier, bien que rien de notable ne se soit montré dans les accidents à ce moment, réapparaissent à la fin du mois de février et tout rentre dans l'ordre.

Depuis, comme avant sa maladie et comme avant ses grossesses et son mariage, la menstruation est restée irrégulière, peu abondante; elle manque une fois sur trois et ne s'accompagne pas de douleurs notables. Mais la malade conserve une légère sensation de gêne et de pesanteur dans le petit bassin, bien que le toucher vaginal ne fusse plus rien constater de ce côté ; le col utérin est redevenu assez petit, lisse et mobile, et le cul-de-sac vaginal postérieur profond et

souple; le ventre est resté volumineux et la tendance à l'embonpoint s'est accentuée, au point que nous avons dû prescrire une hygiène sévère, pour qu'il ne prenne pas des proportions exagérées.

Telle est l'observation de notre malade. Il s'agit, en résumé, d'une femme jeune encore, à menstruation irrégulière, et fatiguée par des grossesses et des fausses couches antérieures. Tout d'abord cette femme est prise d'une suppression de règles qui dure trois mois, et à la suite de laquelle se déclare une métrorrhagie, qui ne cesse que par le rejet à l'extérieur d'un produit membraneux provenant de l'utérus. En même temps la fièvre se déclare, des hoquets et des vomissements se montrent; le ventre devient volumineux, douloureux, et au milieu de la tuméfation abdominale, nous trouvons une masse résistante, non mobile et occupant la partie inférieure et médiane de l'abdomen. Bientôt à ces accidents s'en joignent de nouveaux, qui se montrent soudainement. Le cul-de-sac vaginal postérieur, libre jusque-là, est envahi par une tumeur, qui repousse fortement le col utérin en avant et le rectum en arrière, et qui après un certain temps, s'ouvre à l'extérieur et donne lieu à un écoulement de sang abondant. A partir de ce moment, tous les symptômes vont en diminuant, la tumeur vaginale s'affaisse, le ventre reprend peu à peu son volume normal; et, à part quelques accès de fièvre, accompagnés d'élancements dans le petit bassin, et suivis d'un écoulement de pus par le vagin, la malade arrive régulièrement à la guérison.

En présence de ces accidents multiples et surtout en présence de la tumeur hématique rétro-utérine, qui est venue terminer la maladie, il était intéressant d'analyser les différents actes morbides, auxquels nous avions assisté, et de rechercher quelle a pu être leur origine et leur filiation pathogénique. C'est ce que nous nous proposons de faire dans la discussion suivante.

I.

Procédant du simple au composé, il est un premier fait sur lequel nous insisterons tout d'abord, c'est que la tumeur rétro-

utérine, qui est venue faire brusquement saillie dans le cul-de-sal utéro-vaginal postérieur, en déterminant des phénomènes de compression violents, ne contenait que du sang, et par conséquent était une hématocèle rétro-utérine.

Le diagnostic ici ne pouvait faire de doute, puisqu'il y a eu ouverture spontanée de la tumeur par le vagin, et que le sang qui s'est écoulé était noirâtre, épais, poisseux et de plus abondant, au point que la malade a cru au retour de ses règles. Il est inutile de faire remarquer que ce sang provenait bien de la tumeur, et non de l'utérus, comme le supposait la malade; non-seulement tous les phénomènes de compression qu'excerçait l'hématome ont cessé à l'apparition du liquide; mais encore nous avons pu constater, par le toucher vaginal, son retrait immédiat et progressif; et même plus tard, fait assez rare, retrouver sur le plancher vaginal affaissé l'ouverture indurée et en cul-de-poule, par laquelle le sang s'était frayé passage.

Ce qui donne à ce fait tout son intérêt et en même temps le rend difficile à interpréter, c'est que l'hématocèle ne s'est montrée qu'après une période d'assez longue durée, pendant laquelle nous avons observé une série de troubles morbides importants, et notamment du côté de l'abdomen, des phénomènes inflammatoires bien caractérisés; tandis que du côté du vagin, pendant cette même période, il n'existait aucune saillie appréciable par le toucher vaginal, pratiqué quotidiennement pour ainsi dire. Indécis sur le diagnostic à porter, pendant les premiers jours de notre examen, nous avons pu appliquer alors le spéculum et embrasser le col utérin dans ses valves, sans la moindre difficulté, et sans provoquer de douleur notable chez la malade.

Nous devons rappeler ici qu'en raison de ces conditions morbides particulières, nous avons méconnu l'hématocèle, jusqu'au moment où l'ouverture spontanée de la tumeur à l'extérieur est venue nous démontrer qu'elle ne contenait que du sang, sans aucun mélange de pus.

Il est vrai de dire que le pus est apparu cinq ou six jours après Mais alors l'écoulement sanguin était tari; et en supposant même que ce pus provenait de la poche rétro-utérine, cela

n'infirmerait en rien l'existence de l'hématocèle, ces affections une fois ouvertes à l'extérieur finissant ordinairement par suppurer. Il y a plus dans l'espèce, car, fait qu'il n'est pas sans intérêt de noter, l'apparition du pus a été précédée, vingt-quatre heures auparavant, d'un violent frisson et de douleur dans le petit bassin. Ces phénomènes, qui nous ont fait craindre d'abord une infection purulente, nous paraissent se rapporter, non à la supuration de la poche, mais bien plutôt à la formation d'un premier abcès péri-utérin, qui est venu se faire jour également par le vagin. Nous sommes d'autant plus autorisé à admettre qu'il en a été ainsi, que, pendant les six semaines qui ont suivi, le même ensemble de symptômes s'est reproduit douze ou treize fois de suite, annonçant ainsi la formation d'autant de petits abcès péri-utérins, qui venaient s'ouvrir à l'extérieur.

Ainsi, en dernier lieu, notre malade a été atteinte d'une hématocèle rétro-utérine, compliquée d'abcès péri-utérins.

Il importe maintenant de revenir sur les accidents qui ont précédé l'apparition de cette hématocèle, et qui forment la première période de la maladie. Nous l'avons déjà dit, ces accidents nous avaient fait diagnostiquer de prime abord une fausse couche avec rétention du placenta et métro-péritonite consécutive; mais l'hémotocèle étant incontestable, il y a lieu d'examiner *a posteriori* si nous avons bien eu affaire à une fausse couche et à ses suites. On sait, en effet, que s'il est admis que, dans l'hématocèle rétro-utérine, la péritonite fait pour ainsi dire partie intégrante de l'affection, en ce sens qu'elle est nécessaire pour que l'épanchement sanguin soit circonscrit et enkysté sous forme de tumeur ; il est également admis par tous les auteurs, si ce n'est par quelques gynécologistes allemands dont l'opinion est fort peu accréditée, que cette péritonite est constamment consécutive à l'arrivée du sang dans le péritoine et est provoquée par lui. Et dans le fait que nous venons de citer, si notre diagnostic des premiers accidents de la malade est fondé, la péritonite a précédé l'épanchement sanguin, et, comme nous le verrons à propos de la pathogénie, elle doit être regardée comme la cause prochaine de l'hématocèle; de telle sorte que nous aurions affaire à un de ces faits d'hématome par

néo-membranes pelviennes, dont l'existence n'est encore admise pour ainsi dire qu'au delà du Rhin.

La question de diagnostic de ces premiers accidents est donc capitale et doit avant tout nous arrêter.

II.

En nous plaçant à ce point de vue, nous ne trouvons à mettre en opposition avec l'interprétation que nous avons admise d'emblée, tant elle nous paraissait alors naturelle (fausse couche et métro-péritonite), que deux manières d'envisager les faits.

L'une consiste à rapporter ces accidents et notamment les phénomènes inflammatoires abdominaux, à un épanchement sanguin abdominal, qui serait venu plus tard faire irruption du côté du vagin dans le cul-de-sac rétro-utérin, en donnant lieu à la tumeur que nous avons constatée dans la dernière période de la maladie.

La seconde consiste à rapporter ces mêmes accidents à une grossesse extra-utérine, qui se serait également terminée par un hématome rétro-utérin.

La première hypothèse a surtout pour point de départ l'importance, comme cause des hématocèles, que le professeur Richet attache à la rupture des veines tubo-ovariennes variqueuses ; elle soulève ici de nombreuses objections. En effet, il faut d'abord admettre que la suppression des règles, la métrorrhagie et l'expulsion du produit membraneux utérin, n'ont pas de rapports directs avec les accidents abdominaux qui les ont suivis, et encore moins avec l'hématocèle, ce qui est une première difficulté. En second lieu, relativement à l'origine même des accidents abdominaux, il est évident qu'il ne saurait être ici question que d'un épanchement sanguin sous-péritonéal, et non d'un épanchement intra-péritonéal. Dans ce dernier cas, en effet, quelle qu'en soit la cause, ou bien l'épanchement reste libre dans la cavité abdominale et alors il entraîne rapidement la mort des malades ; ou bien il se circonscrit et s'enkyste dans les parties

déclives, en donnant lieu à une péritonite partielle, et alors on a affaire à une hématocèle ordinaire, faisant du côté du vagin une saillie appréciable dès les premiers jours de sa formation; et précisément, nous l'avons dit, ce symptôme, capital et pathognomonique dans l'espèce, a fait défaut chez notre malade, pendant toute la première période de la maladie que nous examinons, c'est-à-dire non-seulement avant notre arrivée près d'elle, mais encore pendant plusieurs jours après, alors qu'elle a été soumise à notre examen approfondi et quotidien.

Quant à un épanchement sanguin sous-péritonéal, qui se serait fait dans le tissu cellulaire péri-utérin, et notamment entre les feuillets des ligaments larges pour de là s'ouvrir dans le vagin; cette hypothèse implique (mettant de côté d'emblée le thrombus, qui ne peut être mis en cause) que nous aurions eu affaire à une *hématocèle sous-péritonéale*; et rien ne justifie cette manière de voir. En effet, que ces hématocèles anomales et exceptionnelles soient dues à une grossesse extra-utérine sous-péritonéo-pelvienne, ce qui est le cas le plus fréquent, ou bien à la rupture des veines tubo-ovariennes ou à celle de l'ovaire; si nous nous reportons aux éléments de diagnostic signalés par Bernutz, nous trouvons que dans ces cas le début des accidents est brusque et subit. De plus, ce qui est encore plus important, la tumeur sanguine est intra-pelvienne et en général latérale seulement, et en dehors des cas symptomatiques de grossesse extra-utérine (côté de la question que nous examinerons dans un instant) peu proéminente du côté de l'abdomen; tandis qu'elle descend très-bas dans le vagin, avec les parois duquel elle fait pour ainsi dire corps (1). Et chez notre malade, le début des accidents abdominaux a été lent et progressif, la masse résistante, que nous avons constatée sous le tympanisme intestinal, était médiane, symétrique, englobait l'utérus de tous côtés; et, exclusivement abdominale, elle ne faisait aucune saillie du côté du vagin, où l'on pouvait constater que le col utérin, nullement devié, avait

(1) Bernutz, art. *Hématocèle*, *loc. cit.*, p. 344.

conservé sa position normale. Ajoutons encore que plus tard, lorsque le vagin a été envahi par la tumeur hématique, celle-ci a présenté tous les caractères de l'hématocèle la plus commune et la plus banale : se montrant soudainement, étant directement rétro-utérine et non latérale; offrant une surface fortement bombée du côté du vagin et du côté du rectum; persistant avec ces caractères pendant dix-huit jours ; s'ouvrant alors spontanément à l'exterieur et se terminant par la guérison. Elle n'a différé en un mot des hématocèles rétro-utérines et intra-péritonéales ordinaires, que par les circonstances morbides spéciales, dans lesquelles elle est survenue.

Ces considérations suffisent amplement pour ne pas rattacher les accidents abdominaux éprouvés par notre malade, à un épanchement sanguin soit intra, soit extra-péritonéal, et notamment pour ne pas voir dans son hématocèle un de ces faits très-rares d'*hématocèle sous-péritonéale*.

Examinons maintenant si la seconde hypothèse que nous avons émise est plus acceptable, à savoir si nous avons eu affaire à une grossesse extra-utérine ayant abouti à un hématome utérin, d'après la théorie de Gallard ; théorie fort importante et qui, comme nous le verrons plus tard, gagne du terrains chaque jour, à mesure que les recherches nécroscopiques sont poursuivies avec plus de soin dans les cas d'hématocèles.

Dans cette hypothèse d'une grosssesse extra-utérine, on peut comprendre dans un même ensemble symptomatique tous les accidents successivement éprouvés par notre malade, et cette interprétation n'est pas sans paraître satisfaisante au premier abord, et abstraction faite toutefois de certains détails sur lesquels nous aurons à insister. Ainsi, la suppression des règles, la métrorrhagie qui l'a suivie, et le produit membraneux rejeté plus tard de l'utérus, trouveraient alors une explication naturelle. Mme Lachapelle, Velpeau, et surtout Goupil, et plus récemment encore Duguet ont en effet signalé la fréquence relative dans les cas de grossesse extra-utérine d'un écoulement sanguin survenant après un

retard des règles ; et l'on sait que dans les mêmes cas, il n'est pas rare de voir rejeter de l'utérus la muqueuse utérine, qui prend alors le nom de caduque utérine. D'autre part, les accidents observés du côté de l'abdomen auraient eu pour point de départ un kyste fœtal, qui aurait été soit par sa rupture, soit par les fausses membranes organisées dans son voisinage, l'origine de l'épanchement sanguin, c'est-à-dire de l'hématocèle, que nous avons observée. Notons encore que, pour compléter l'illusion, la rupture du kyste aurait eu lieu du deuxième au quatrième mois de la grossesse, comme cela a lieu ordinairement; et de plus quelques jours après le rejet de la caduque utérine, dont la chute dans les cas de grossesse extra-utérine réelle, est aussi ordinairement le prélude de la rupture du kyste fœtal (1).

On le voit, dans cette hypothèse tout se suit et s'enchaîne naturellement, depuis le début des premiers accidents jusqu'à la période terminale de la maladie. Cependant les détails circonstanciés de l'observation de notre malade, que nous avons suivie de très-près, ne nous permettent pas de l'accepter.

Tout d'abord, il importe de remarquer que si les grossesses extra-utérines sont assez souvent accompagnées d'une perte utéro-vaginale; celle-ci, d'après Duguet, a surtout été signalée dans les grossesses tubaires, dont la rupture entraîne habituellement et rapidement la mort des malades. De plus, cette perte est peu abondante, ne consiste pas en des caillots sanguins, et surtout n'est pas précédée d'un écoulement d'*eau rousse*, comme cela a eu lieu chez notre malade, qui est très-affirmative sur ce dernier point.

En second lieu, les véritables caduques utérines sont formées par des membranes plus ou moins régulières, minces, rougeâtres et plus ou moins friables, et leur expulsion ne donne lieu à aucun phénomène particulier. Et le produit membraneux, que nous avons retrouvé au milieu des caillots sanguins, débarrassé de ces derniers, et étendu dans l'eau, formait une membrane

(1) Duguet, *Contribution à l'étude des grossesses extra-utérines*, in *Annales de Gynécologie*, 1874.

épaisse, résistante, comme macérée, rougeâtre sur l'une de ses faces et d'un blanc jaunâtre sur l'autre; son expulsion s'est accompagnée d'une odeur nauséabonde très-prononcée, de frissons répétés et de fièvre; et ce sont bien là d'une part, les caractères d'un fragment de placenta resté adhérent pendant quelque temps dans l'utérus et en voie de décomposition, et d'autre part, des symptômes dénotant un certain degré de septicémie, symptômes qui se montrent souvent au moment du rejet à l'extérieur de semblables produits, et non dans le cas de caduque utérine.

Enfin, nous ne trouvons dans les caractères des symptômes abdominaux, éprouvés par notre malade, aucun motif pour les regarder comme liés à un kyste fœtal. Ces derniers sont plus ou moins distincts de l'utérus, unilatéraux, et ne forment pas une tumeur médiane, symétrique, englobant l'utérus, comme était la tumeur abdominale de notre malade. En supposant même que le kyste fœtal en question eût déterminé un certain degré de péritonite autour de lui, il est évident que cette inflammation aurait été sensiblement plus prononcée du côté occupé par le kyste que du côté opposé, ce qui ne concorde pas avec les symptômes que nous venons de rappeler. Pour toutes ces raisons, nous ne pouvons admettre que notre malade ait une *grossesse extra-utérine*, qui se serait terminée par une hématocèle rétro-utérine.

Ainsi, aucune des deux hypothèses que nous avons émises sur la nature des premiers accidents que nous analysons ne peut être acceptée. Il nous reste, pour compléter cette question de diagnostic, à indiquer les motifs qui justifient notre première interprétation.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur les raisons qui militent en faveur d'une grossesse ordinaire, c'est-à-dire intra-utérine, suivie de fausse couche avec rétention d'un fragment de placenta. Il suffi de se reporter à l'observation pour s'en convaincre. Il est vrai de dire que le fœtus n'a pas été constaté, mais il a pu être méconnu par la malade, au début de la métrorrhagie, car en pareille circonstance il faut souvent de la part même du médecin un examen minutieux pour le retrouver au

milieu des caillots sanguins. D'après l'intervalle compris entre les dernières règles et l'apparition de la perte, ce fœtus ne pouvait avoir plus de trois mois ; mais en raison de l'irrégularité de la menstruation, il pouvait être moins avancé, ce qui expliquerait encore mieux qu'il ait passé inaperçu. D'ailleurs si le corps du délit n'a pu être constaté en entier, il l'a été en partie, puisque nous avons retrouvé un débris de placenta dans les caillots sanguins rejetés par la malade.

Quant à la métro-péritonite, son diagnostic est établi, non-seulement sur les conditions dans lesquelles les accidents abdominaux sont survenus; mais encore par le début lent et progressif de ces derniers, alors que la malade vaquait encore à ses occupations ordinaires ; par la fièvre, les hoquets, les vomissements, le tympanisme abdominal, etc., et enfin par les caractères propres de la masse résistante et douloureuse, qui occupait la partie médiane et inférieure de l'abdomen, caractères sur lesquels nous avons déjà insisté plusieurs fois.

Cet ensemble de symptômes indique évidemment que notre malade a été atteinte d'une de ces affections si fréquentes, qui se développent surtout à la suite des couches ou des fausses couches ; et dans lesquelles l'utérus, le tissu cellulaire qui l'environne, le péritoine qui le recouvre, prennent chacun une part plus ou moins grande à l'inflammation, que celle-ci ait d'ailleurs une lymphangite ou une phlébite pour point de départ ou de propagation; affections complexes, auxquelles on a donné tour à tour les dénominations de métro-péritonite (Chomel), de phlegmon péri-utérin, de péri-métrite ou de phlegmasie péri-utérine (Gallard), suivant qu'on a attaché plus d'importance à l'inflammation de l'utérus et du péritoine, ou à celle du tissu cellulaire péri-utérin. Ce que nous tenons à faire ressortir particulièrement dans ce fait, c'est que d'abord le volume même de la tumeur sous-jacente au tympanise abdominal, et son extension en largeur vers les fosses iliaques indiquaient que l'utérus n'était pas seul intéressé, mais que l'inflammation s'était étendue au voisinage, et notamment au tissu cellulaire des ligaments larges, où elle était même prédominante. En second lieu, c'est que le tympanisme, la douleur même, les hoquets et les vomisse-

ments dénotaient qu'il existait en même temps une péritonite partielle et circonscrite au pourtour de l'utérus ; ce qui d'ailleurs a pour ainsi dire toujours lieu dans les péri-métrites, et même dans les phlegmons simples des ligaments larges, d'après les recherches de Bernutz et Goupil sur les péritonites pelviennes. C'est ce qui nous a déterminé à conserver la dénomination de métro-péritonite qui caractérise suffisamment dans son ensemble l'affection abdominale en question. Ajoutons enfin que cette métro-péritonite, en raison de sa marche progressive, a offert tous les caractères d'une inflammation subaiguë.

L'inflammation avait-elle gagné, comme c'est le cas habituel le cul-de-sac rétro-utérin? Le fait est possible, mais ce qui est établi par l'observation, c'est que, dans cette période de la maladie, la pelvi-péritonite, en ce point, n'avait déterminé aucun désordre organique (adhérences ou collection liquide) appréciable au toucher vaginal, et que tout au plus elle se révélait par de la chaleur, de la douleur ; il n'y avait pas même de battements artériels, car nous n'avons constaté ces derniers qu'après l'apparition de la tumeur rétro-utérine.

De la discussion qui précède, il résulte, au point de vue du diagnostic, que dans une première phase de sa maladie, notre malade a été atteinte d'une fausse couche avec métrorrhagie par rétention du placenta et d'une métro-péritonite consécutive ; et que dans une seconde et dernière période, elle a été atteinte d'une hématocèle intra-péritonéale et rétro-utérine, qui a présenté tous les caractères des hématocèles ordinaires.

III

Pour compléter l'analyse de notre observation, nous devons examiner maintenant quelle a pu être la cause prochaine, ou l'origine et le mode de formation de l'hématocèle, dans les conditions morbides que nous venons d'indiquer.

A ce point de vue, étant donné le diagnostic précédent, nous pourrions éliminer d'emblée toute autre cause pour rattacher cette affection à la métro-péritonite, dont était atteinte la malade avant son apparition, d'après la théorie de Virchow, admise

également, en principe du moins, par Bernutz, comme nous l'avons vu par la citation que nous avons faite au début de ce travail; et d'après laquelle certains cas d'hématocèle peuvent avoir pour origine des néo-membranes vascularisées provenant de péritonites antérieures.

Mais si la théorie de Virchow a des partisans en Allemagne, elle n'en a pour ainsi dire aucun au delà du Rhin, comme nous le verrons plus tard. D'ailleurs Virchow semble n'avoir en vue que l'inflammation de la séreuse pelvienne d'une date plus ou moins ancienne, et des hématomes de petit volume (1). Et dans notre cas, il s'agit d'une métro-péritonite subaiguë, puerpérale même, et d'une hématocèle volumineuse. Nous ne pouvons donc admettre le mode de formation en question, que lorsque nous aurons épuisé toutes les hypothèses qu'on peut lui opposer.

Nous avons déjà vu précédemment qu'il ne saurait être question ici d'une hématocèle extra-péritonéale, ni d'une hématocèle intra-péritonéale liée à une grossesse extra-utérine.

Parmi les autres causes, assignées aux hématocèles intra-péritonéales et rétro-utérines, il en est sur lesquelles nous n'avons pas besoin d'insister longuement, malgré l'importance qu'on leur a d'abord accordée. Ce sont les altérations de l'ovaire (congestion exagérée, apoplexie ovarienne), les ruptures pathologiques de la trompe non gravide, celles des veines tubo-ovariennes, auxquelles nous avons déjà fait allusion. En effet, pour admettre que l'hématocèle de notre malade puisse se rattacher à l'une ou l'autre de ces causes, comme cette hématocèle n'est apparue que dans le cours de sa péritonite, un certain temps après son début, il faudrait admettre que nous avons eu quand même affaire à une affection distincte de cette péritonite et sans aucun rapport avec elle, c'est-à-dire à un fait de coïncidence. Mais une telle manière de voir ne peut être acceptée, car

---

(1) Il peut arriver, dit l'auteur allemand, que la péritonite retro-utérine, semblable en cela à la pachyméningite, produise des pseudo-membrannes, et que l'extravasat qui se fait plus tard par les vaisseaux de la pseudo-membrane se dépose entre les feuillets de celle-ci, et qu'il en résulte un hématome utérin enkysté (Virchow, *Pathologie des tumeurs*, traduction de P. Arronsohn, p. 147).

alors il n'y aurait pas de raisons pour ne pas voir des coïncidences un peu partout. La bronchite et la pneumonie qui se montrent dans le cours de la fièvre typhoïde, la péricardite et l'endodite qui surviennent dans le cours du rhumatisme, la péritonite partielle qui se déclare dans la typhlite et la pérityphlite, et tant d'autres manifestations secondaires ne seraient que des coïncidences, attendu que ces affections peuvent se développer en dehors des maladies générales ou locales qui parfois leur donnent naissance. Il est évident que les unités pathologiques les plus indiscutables ne résisteraient pas à cette manière de comprendre la maladie.

Du reste, il est reconnu que les hématocèles qui sont dues à l'une ou l'autre des causes en question, qu'on les regarde comme fréquentes ou rares, sont toujours des affections spontanées, primitives et idiopathiques ; et dans le fait que nous analysons, l'hématocèle a des liens tellement étroits avec toute la série des accidents utérins et abdominaux qui ont précédé son apparition, que cette hématocèle est bien évidemment une affection secondaire et symptomatique de l'état puerpéral que la malade traversait.

Ce premier groupe de causes écarté, il nous reste à examiner plus particulièrement si notre fait ne rentre pas dans les hématocèles par exhalation sanguine exagérée de la muqueuse tubo-utérine avec migration du sang dans le péritoine par les trompes, suivant la théorie de Bernutz. Cette théorie s'applique, en effet, comme celle de Gallard, et même *a fortiori*, aux hématocèles communes, c'est-à-dire rétro-utérines, intra-péritonéales et terminés par la guérison, dont fait partie sous ces rapports celle que nous analysons ; et, de plus, elle s'applique, d'après son auteur, non-seulement aux hématocèles spontanées, mais encore aux hématocèles secondaires et symptomatiques, et notamment à celles qui sont symptomatiques d'un avortement.

Il est vrai d'ajouter, relativement à ce dernier point de vue, que dans son article Hématocèle du Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, comme dans la Clinique des maladies des femmes, publiée douze années auparavant, Bernutz ne cite qu'une seule et même observation d'hématocèle

liée à une métrorrhagie qui aurait succédé à un avortement. Cette observation est empruntée à West, et il y est question d'une malade qui après une fausse couche eut une perte qui dura douze semaines. « Au bout de ce temps, dit l'auteur anglais, l'examen vaginal fit découvrir derrière l'utérus une tumeur du volume d'une pomme. La ponction en fit sortir un liquide rouge brun, qui coula pendant trois semaines; la tumeur disparut complétement » (1).

Si dans ce cas il s'agit bien d'une hématocèle suvenue à la suite d'un avortement, on m'accordera que le laconisme de l'observation ne permet pas de savoir si la métrorrhagie est le seul phénomène qui se soit produit pendant les douze semaines qui ont précédé l'examen vaginal, et la constatation de la tumeur hématique. Cette observation unique est donc loin d'être concluante en faveur de la théorie de Bernutz.

En l'absence de faits antérieurs plus probants, nous pourrions peut-être ne pas insister plus longuement sur cette théorie; mais cette manière de procéder pouvant paraître trop sommaire, nous allons examiner si elle trouve une application plus rationnelle dans le fait particulier que nous cherchons à interpréter.

Nous devons reconnaître qu'au premier abord notre observation présente des analogies frappantes, sous certains rapports, avec les cas d'hématocèles que Bernutz appelle métrorrhagiques, c'est-à-dire qui sont précédées ou accompagnées de pertes utéro-vaginales, lesquelles sont de beaucoup les plus fréquentes. C'est, en effet, à la suite d'une métrorrhagie persistante, et peu de temps après sa cessation; et de plus dans le cours d'un état puerpéral et par là même d'un état général prédisposant aux hémorrhagies, que s'est montré l'hématome utérin. Mais il est facile de se convaincre que ces analogies n'ont pour elles que des apparences tout extérieures, et qu'en réalité elles ne sont nullement fondées.

---

(1) West, *Leçons sur les maladies des femmes*, traduction de Ch. Mauriac, p. 518.

Ainsi, chez notre malade, la métrorrhagie étant liée, comme nous l'avons vu, à la rétention d'un débris de placenta, dont l'expulsion a amené l'arrêt de la perte sanguine ; il n'y a aucun rapprochement à faire entre cette cause particulière et l'exhalation sanguine exagérée de la muqueuse utérine qui serait, d'après la théorie de Bernutz, la cause des hématocèles et qui pour lui dépendrait alors d'un état général ou d'une affection des organes du petit bassin.

D'autre part, au point de vue de la tumeur hématique elle-même, dans les hématocèles dites métrorrhagiques, la péritonite concomitante ne se développant qu'après la chute du sang dans le péritoine, les trompes sont saines et perméables ; ce qui permet de comprendre jusqu'à un certain point que le reflux du sang par ces organes soit possible, encore qu'il soit mis en doute par certains auteurs. Mais notre malade, bien avant l'apparition de son hématocèle, nous avons insisté sur ce fait, était atteinte d'une métro-péritonite intéressant les ligaments larges. Dès lors, pour admettre qu'il y a eu reflux du sang par les trompes dans ces conditions, il faudrait supposer que l'inflammation avait épargné ces derniers organes ; ou que, les atteignant, elle les avait laissés perméables ; et enfin que le sang arrivant dans le péritoine, a pu se frayer brusquement, malgré les adhérences péritonéales, une voie pour atteindre le cul-de-sac utéro-vaginal postérieur ; et ce sont là autant d'hypothèses plus contestables les unes que les autres.

Nous ajouterons, pour ne rien négliger, que ces objections subsisteraient tout entières, si on voulait voir, dans l'hématocèle en question, le résultat d'une hémorrhagie par exhalation sanguine, provenant exclusivement de la muqueuse tubaire, d'après la théorie de Trousseau, qui n'est du reste pour ainsi dire qu'une modification de celle de Bernutz.

Aucune des différentes causes, que nous venons de passer en revue, ne pouvant être admise, nous sommes conduit, par exclusion, à revenir à l'interprétation que nous avons énoncée tout d'abord ; à savoir que l'hématocèle de notre malade a eu pour origine la métro-péritonite qui existait avant l'apparition de la tumeur rétro-utérine.

Il est d'ailleurs facile de se rendre compte de la production d'un épanchement sanguin intra-péritonéal dans ces conditions. En effet, toute métro-péritonite, c'est-à-dire toute péritonite partielle et circonscrite au voisinage de l'utérus suppose nécessairement des exsudats inflammatoires et des adhérences fibrineuses qui limitent l'inflammation. De là à la formation de néo-membranes vasculaires, à une exhalation sanguine à la surface de ces néo-membranes, et même à la rupture des vaisseaux de nouvelle formation, et par suite à l'apparition secondaire d'un hématome retro-utérin et immédiatement enkysté, la transition est aussi simple et aussi naturelle que possible. Pour ce fait, entre cette origine de l'hématocèle et toutes celles qu'on peut lui opposer, et que nous venons d'examiner, il n'y a pas à hésiter. Non-seulement cette interprétation concorde avec toute la série des troubles morbides éprouvés par la malade, et avec le diagnostic que nous avons établi pour chacun d'eux; mais encore elle nous permet de nous rendre compte de certains symptômes que nous avons constatés dès les premières heures de l'apparition de la tumeur hématique. Nous voulons parler de son défaut de fluctuation, de sa surface lisse et bombée sous le doigt, de la compression violente qu'elle a exercée immédiatement sur la vessie et le rectum, des battements artériels que nous avons alors constatés, et qui indiquaient que la séreuse rétro-utérine venait prendre part à l'inflammation. On conçoit, en effet, que le sang à peine épanché se soit trouvé circonscrit dans une sorte de cavité virtuelle, formée en arrière de l'utérus par les adhérences péritonéales antérieures, et ait été ainsi obligé de faire une saillie considérable et résistante dans le cul-de-sac rétro-utérin, et par là même ait donné lieu d'emblée à tous les phénomènes que nous venons de rappeler.

L'état subaigu de la métro-péritonite et le volume de la tumeur hématique, ne suffisent pas pour faire rejeter cette interprétation ; car il est reconnu que les vaisseaux de nouvelle formation, qui recouvrent le péritoine enflammé, apparaissent avec la plus grande rapidité, sur le feuillet viscéral au moins, dans les cas de péritonites aiguës ; à plus forte raison en est-il

ainsi dans les cas. de péritonites subaiguës, comme était celle de notre malade. C'est même à ces conditions particulières d'un état inflammatoire subaigu qu'on peut rapporter l'abondance du sang épanché, qu'il y ait eu extravasation à la surface des néo-membranes, ou, ce qui est plus probable, rupture des vaisseaux nouvellement formés; et par là même s'expliquent le volume de la tumeur, son défaut de résolution et son ouverture à l'extérieur.

Ajoutons enfin que, dans cette même interprétation, l'hématocèle reste symptomatique de l'état puerpéral de la malade. C'est lui qui, pour parler le langage de Bernutz, a créé de toutes pièces les conditions nécessaires à sa production ; mais il n'en a été que la cause éloignée, ne l'ayant déterminé que par l'intermédiaire des néo-membranes dues à la péritonite, qui en a été la cause prochaine. En d'autres termes, l'état puerpéral étant la maladie, la métro-péritonite a été l'affection primitive, et l'hématocèle l'affection secondaire ; ou, si on comprend dans un même ensemble ces deux affections, ce qui est tout aussi satisfaisant, notre malade peut être considérée comme ayant été atteinte d'une métro-péritonite devenue hémorrhagique, et occasionnée par une fausse couche, en un mot d'une pachy-péritonite hémorrhagique secondaire.

Nous nous sommes longuement arrêté à l'analyse des différents accidents morbides présentés par notre malade. Nous avons dû procéder ainsi, en raison de la rareté apparente des faits semblables ; et d'autre part afin de ne laisser, s'il était possible, aucun doute sur l'origine ou la cause prochaine de son hématocèle.

Passant de ce fait particulier à une question d'ensemble, nous allons aborder maintenant les considérations que sa comparaison avec les hématocèles ordinaires, l'étude des observations publiées et la lecture des auteurs, nous ont inspirées sur la pathogénie des hématocèles intra-péritonéales considérées en général.

AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITAUX ET SEXUELS DE LA FEMME.

Leçons cliniques professées à l'hôpital de Lourcine,

Par M. le Dr L. Martineau,

Médecin de l'hôpital de Lourcine.

Leçons recueillies et rédigées par M. Barthélemy, interne des hôpitaux.)

DEUXIÈME LEÇON

Messieurs,

Je vous ai montré, dans la leçon précédente, de quelle importance était pour le médecin l'étude des *affections* et non des *maladies* utérines, tant à cause de leur fréquence même et du rôle que joue dans la vie de la femme l'organe qu'elles attaquent, qu'à cause des phénomènes sympathiques, multiples et variés sous lesquels elles se dissimulent, ne se manifestant parfois que par des symptômes éloignés bien difficiles, pour l'observateur inexpérimenté, non prévenu ou inattentif, à rapporter à leur véritable origine.

Entrant ensuite immédiatement en matière, je me suis efforcé d'attirer votre attention sur la *pathogénie* des affections utérines, car c'est elle qui domine toute la question, et c'est seulement de la connaissance exacte des causes que peut découler toute thérapeutique ayant la prétention d'être rationnelle et efficace.

Nous les avons divisées en causes occasionnelles ou déterminantes, tant locales que générales et nous avons insisté spécialement sur ces dernières qui sont en réalité de beaucoup les principales : soit constitutionnelles, soit diathésiques.

Les maladies générales *retentissent violemment* sur l'utérus. C'est ce retentissement, déjà signalé comme vous avez pu en juger par certains cliniciens tant anciens que modernes, que nous allons étudier ensemble.

Ce fait est capital, permettez-moi donc d'y insister ; il constitue la base de la doctrine que nous voulons développer devant nous.

Nous tenons, en effet, à bien fixer votre esprit sur l'influence de l'état général sur l'appareil utéro-vaginal ; sans doute celle-ci n'avait pas échappé à tous les observateurs, mais elle avait été surtout dans ces derniers temps, sinon complètement oubliée, du moins négligée et laissée dans l'ombre d'une façon excessive.

La découverte ou plutôt la vulgarisation du spéculum par Récamier, les brillants succès de l'anatomie pathologique nous expliquent le progrès de ces tendances localisatrices à outrance.

De là, des erreurs, des confusions sans nombre dans la pathologie utérine qu'on a ainsi obscurcie comme à plaisir. C'est contre elles que nous combattrons, heureux si nous pouvons contribuer pour notre faible part à ramener les esprits dans le droit chemin de la saine clinique et de l'observation attentive, scrupuleuse, éclairée.

En cela, nous ne tentons d'ailleurs pour l'utérus que ce que d'autres ont fait pour la peau (Bazin), pour le voile du palais et le pharynx (Noël Gueneau de Mussy, Barensprung), pour le larynx et les bronches (Pidoux), pour le traumatisme même (Verneuil), etc.

Cette manière de voir jette une vive lumière sur les affections utérines ; c'est le point de repère que doit toujours avoir devant les yeux le médecin qui en entreprend l'étude et l'on comprend combien cette méthode peut être féconde en résultats pratiques et positifs si, conformément à ces idées, on élève le cadre thérapeutique et si l'on adjoint au traitement local, stérile isolément, un traitement général approprié, modificateur de l'influence diathésique ou constitutionnelle.

Vous avez pu vous rendre compte déjà de l'exactitude des données de pathologie générale que je vous soumets. Vous avez

vu qu'elles avaient déjà frappé bien des esprits éminents : la *tradition*, en effet, ancienne et moderne, est l'une des trois preuves sur lesquelles nous nous sommes appuyés pour vous montrer l'influence des maladies constitutionnelles et diathésiques sur le développement et la marche des affections utérines.

Aujourd'hui, c'est à la *clinique* que nous allons devant vous demander une nouvelle confirmation de notre proposition.

Adressons-nous tout d'abord à la *scrofule* qui est, de toutes les maladies constitutionnelles, celle qui présente les manifestations les plus fréquentes sur les muqueuses utéro-vaginale et vulvaire ; celle que l'on rencontre le plus souvent comme point de départ des affections utérines chroniques.

Cette diathèse affecte deux modes d'expression, soit qu'elle provoque des inflammations catarrhales proprement dites (vulvite, vaginite, métrite, chroniques, avec ou sans granulation, avec ou sans ulcération) ; soit qu'elle détermine sur les muqueuses, ainsi que l'a indiqué Bazin dans son traité sur la scrofule, des éruptions analogues aux scrofulides de la peau (eczéma, herpès de la vulve, du vagin, etc.).

Notons, dès maintenant, que l'on ne rencontre pas sur l'utérus les scrofulides ulcéreuses malignes qui ont été signalées, sous le nom de *lupus*, à la peau, autour des orifices naturels, au pharynx et à la vulve où l'on a décrit l'esthiomène ano-vulvaire dont vous pouvez observer un bel exemple dans la salle Saint-Alexis, lit n° 30. C'est la forme hypertrophique et tuberculeuse de l'esthiomène vulvo-anal ; nous en avons fait placer le moule dans le musée de cet établissement, cette forme étant beaucoup plus rare que l'ulcéreuse ou disséquante qui détruit peu à peu toutes les parties molles autour des ouvertures naturelles. Nous nous réservons d'ailleurs de vous entretenir plus tard spécialement de cette grave manifestation de la scrofule sur les parties génitales externes de la femme.

Disons en passant que les affections utéro-vaginales, nées sous l'influence de la scrofule, se caractérisent par leur retentissement dépourvu d'acuité, par leur torpeur, par leur réaction peu vive ; il y a catarrhe, sécrétion abondante de liquide utéro-vaginal muqueux, leucorrhéique, tenant en suspension

une quantité plus ou moins considérable de leucocytes. On remarque une hypertrophie considérable des tissus ; le col utérin est énorme, car il est le siége de congestions fréquentes sous l'influence desquelles il s'hypertrophie ainsi que s'hypertrophient le nez, la lèvre supérieure chez les scrofuleux par suite d'inflammations répétées. Ces hypertrophies peuvent alors aider à poser un diagnostic rétrospectif. Signalons encore la tendance à l'ulcération. Nous reviendrons d'ailleurs sur ces particularités lorsque nous aborderons le diagnostic pathogénique.

Tillot, dans sa remarquable thèse, rapporte plusieurs observations où cette influence de la scrofule, sur le développement et la durée de l'affection utérine, ne peut être ni méconnue, ni même mise en doute. Dans les cinq observations qu'il cite, il s'agit de femmes, atteintes de scrofule, chez lesquelles il a vu, après des causes variables, mais toujours légères, survenir et persister longtemps une métrite chronique.

Voici, du reste, un résumé succinct de ces 5 observations :

Observation I. — Femme de 25 ans, manifestement strumeuse (impétigo de la joue et de la lèvre supérieure). Affection utérine caractérisée par l'hypertrophie et l'ulcération du col.

Obs. III. — Femme de 33 ans, strumeuse, quatre enfants. Depuis le dernier accouchement, symptômes fonctionnels d'une affection utérine. On constate en effet l'hypertrophie du col utérin, l'érosion granuleuse de la lèvre postérieure, la rétroflexion de l'utérus, dont les ligaments suspenseurs sont bien souvent relâchés dans ces cas.

Obs. X. — Femme de 27 ans, portant des traces non équivoques de scrofulose (affections cutanées rebelles, ophthalmies chroniques) ; d'abord dysménorrhée, puis catarrhe utérin avec métrorrhagie.

Obs. XII. — Femme de 24 ans, strumeuse (impétigo étendu de la face) ; après un accouchement normal survient une affection utérine : leucorrhée, antéversion de l'utérus, ulcération et granulation du col.

Obs. XIII. — Femme de 25 ans, strumeuse ; leucorrhée habituelle ; métrite chronique se déclarant après une fausse couche de six mois.

liée à une métrorrhagie qui aurait succédé à un avortement. Cette observation est empruntée à West, et il y est question d'une malade qui après une fausse couche eut une perte qui dura douze semaines. « Au bout de ce temps, dit l'auteur anglais, l'examen vaginal fit découvrir derrière l'utérus une tumeur du volume d'une pomme. La ponction en fit sortir un liquide rouge brun, qui coula pendant trois semaines; la tumeur disparut complétement » (1).

Si dans ce cas il s'agit bien d'une hématocèle suvenue à la suite d'un avortement, on m'accordera que le laconisme de l'observation ne permet pas de savoir si la métrorrhagie est le seul phénomène qui se soit produit pendant les douze semaines qui ont précédé l'examen vaginal, et la constatation de la tumeur hématique. Cette observation unique est donc loin d'être concluante en faveur de la théorie de Bernutz.

En l'absence de faits antérieurs plus probants, nous pourrions peut-être ne pas insister plus longuement sur cette théorie; mais cette manière de procéder pouvant paraître trop sommaire, nous allons examiner si elle trouve une application plus rationnelle dans le fait particulier que nous cherchons à interpréter.

Nous devons reconnaître qu'au premier abord notre observation présente des analogies frappantes, sous certains rapports, avec les cas d'hématocèles que Bernutz appelle métrorrhagiques, c'est-à-dire qui sont précédées ou accompagnées de pertes utéro-vaginales, lesquelles sont de beaucoup les plus fréquentes. C'est, en effet, à la suite d'une métrorrhagie persistante, et peu de temps après sa cessation; et de plus dans le cours d'un état puerpéral et par là même d'un état général prédisposant aux hémorrhagies, que s'est montré l'hématome utérin. Mais il est facile de se convaincre que ces analogies n'ont pour elles que des apparences tout extérieures, et qu'en réalité elles ne sont nullement fondées.

(1) West, *Leçons sur les maladies des femmes*, traduction de Ch. Mauriac, p. 518.

Ainsi, chez notre malade, la métrorrhagie étant liée, comme nous l'avons vu, à la rétention d'un débris de placenta, dont l'expulsion a amené l'arrêt de la perte sanguine ; il n'y a aucun rapprochement à faire entre cette cause particulière et l'exhalation sanguine exagérée de la muqueuse utérine qui serait, d'après la théorie de Bernutz, la cause des hématocèles et qui pour lui dépendrait alors d'un état général ou d'une affection des organes du petit bassin.

D'autre part, au point de vue de la tumeur hématique elle-même, dans les hématocèles dites métrorrhagiques, la péritonite concomitante ne se développant qu'après la chute du sang dans le péritoine, les trompes sont saines et perméables ; ce qui permet de comprendre jusqu'à un certain point que le reflux du sang par ces organes soit possible, encore qu'il soit mis en doute par certains auteurs. Mais notre malade, bien avant l'apparition de son hématocèle, nous avons insisté sur ce fait, était atteinte d'une métro-péritonite intéressant les ligaments larges. Dès lors, pour admettre qu'il y a eu reflux du sang par les trompes dans ces conditions, il faudrait supposer que l'inflammation avait épargné ces derniers organes ; ou que, les atteignant, elle les avait laissés perméables ; et enfin que le sang arrivant dans le péritoine, a pu se frayer brusquement, malgré les adhérences péritonéales, une voie pour atteindre le cul-de-sac utéro-vaginal postérieur ; et ce sont là autant d'hypothèses plus contestables les unes que les autres.

Nous ajouterons, pour ne rien négliger, que ces objections subsisteraient tout entières, si on voulait voir, dans l'hématocèle en question, le résultat d'une hémorrhagie par exhalation sanguine, provenant exclusivement de la muqueuse tubaire, d'après la théorie de Trousseau, qui n'est du reste pour ainsi dire qu'une modification de celle de Bernutz.

Aucune des différentes causes, que nous venons de passer en revue, ne pouvant être admise, nous sommes conduit, par exclusion, à revenir à l'interprétation que nous avons énoncée tout d'abord ; à savoir que l'hématocèle de notre malade a eu pour origine la métro-péritonite qui existait avant l'apparition de la tumeur rétro-utérine.

Il est d'ailleurs facile de se rendre compte de la production d'un épanchement sanguin intra-péritonéal dans ces conditions. En effet, toute métro-péritonite, c'est-à-dire toute péritonite partielle et circonscrite au voisinage de l'utérus suppose nécessairement des exsudats inflammatoires et des adhérences fibrineuses qui limitent l'inflammation. De là à la formation de néo-membranes vasculaires, à une exhalation sanguine à la surface de ces néo-membranes, et même à la rupture des vaisseaux de nouvelle formation, et par suite à l'apparition secondaire d'un hématome retro-utérin et immédiatement enkysté, la transition est aussi simple et aussi naturelle que possible. Pour ce fait, entre cette origine de l'hématocèle et toutes celles qu'on peut lui opposer, et que nous venons d'examiner, il n'y a pas à hésiter. Non-seulement cette interprétation concorde avec toute la série des troubles morbides éprouvés par la malade, et avec le diagnostic que nous avons établi pour chacun d'eux; mais encore elle nous permet de nous rendre compte de certains symptômes que nous avons constatés dès les premières heures de l'apparition de la tumeur hématique. Nous voulons parler de son défaut de fluctuation, de sa surface lisse et bombée sous le doigt, de la compression violente qu'elle a exercée immédiatement sur la vessie et le rectum, des battements artériels que nous avons alors constatés, et qui indiquaient que la séreuse rétro-utérine venait prendre part à l'inflammation. On conçoit, en effet, que le sang à peine épanché se soit trouvé circonscrit dans une sorte de cavité virtuelle, formée en arrière de l'utérus par les adhérences péritonéales antérieures, et ait été ainsi obligé de faire une saillie considérable et résistante dans le cul-de-sac rétro-utérin, et par là même ait donné lieu d'emblée à tous les phénomènes que nous venons de rappeler.

L'état subaigu de la métro-péritonite et le volume de la tumeur hématique, ne suffisent pas pour faire rejeter cette interprétation ; car il est reconnu que les vaisseaux de nouvelle formation, qui recouvrent le péritoine enflammé, apparaissent avec la plus grande rapidité, sur le feuillet viscéral au moins, dans les cas de péritonites aiguës ; à plus forte raison en est-il

ainsi dans les cas. de péritonites subaiguës, comme était celle de notre malade. C'est même à ces conditions particulières d'un état inflammatoire subaigu qu'on peut rapporter l'abondance du sang épanché, qu'il y ait eu extravasation à la surface des néo-membranes, ou, ce qui est plus probable, rupture des vaisseaux nouvellement formés; et par là même s'expliquent le volume de la tumeur, son défaut de résolution et son ouverture à l'extérieur.

Ajoutons enfin que, dans cette même interprétation, l'hématocèle reste symptomatique de l'état puerpéral de la malade. C'est lui qui, pour parler le langage de Bernutz, a créé de toutes pièces les conditions nécessaires à sa production ; mais il n'en a été que la cause éloignée, ne l'ayant déterminé que par l'intermédiaire des néo-membranes dues à la péritonite, qui en a été la cause prochaine. En d'autres termes, l'état puerpéral étant la maladie, la métro-péritonite a été l'affection primitive, et l'hématocèle l'affection secondaire; ou, si on comprend dans un même ensemble ces deux affections, ce qui est tout aussi satisfaisant, notre malade peut être considérée comme ayant été atteinte d'une métro-péritonite devenue hémorrhagique, et occasionnée par une fausse couche, en un mot d'une pachy-péritonite hémorrhagique secondaire.

Nous nous sommes longuement arrêté à l'analyse des différents accidents morbides présentés par notre malade. Nous avons dû procéder ainsi, en raison de la rareté apparente des faits semblables ; et d'autre part afin de ne laisser, s'il était possible, aucun doute sur l'origine ou la cause prochaine de son hématocèle.

Passant de ce fait particulier à une question d'ensemble, nous allons aborder maintenant les considérations que sa comparaison avec les hématocèles ordinaires, l'étude des observations publiées et la lecture des auteurs, nous ont inspirées sur la pathogénie des hématocèles intra-péritonéales considérées en général.

Desnos cependant croit que la diathèse rhumatismale et goutteuse ne porte pas directement sur l'utérus et ses annexes, en ce sens qu'elle ne provoque pas d'emblée d'inflammation qui lui soit propre ; il dit même, dans son excellent travail sur le traitement des maladies utérines par les eaux minérales, que l'utérus est à peu près le seul organe qui fasse defaut sur la liste de ceux qu'attaque le rhumatisme viscéral. Et pourtant, il est bien obligé de reconnaître que chez les femmes atteintes de rhumatisme chronique et constitutionnel, ou chez celles qui sont en puissance de goutte, les causes banales de la métrite agissent avec plus d'énergie et que cette métrite, une fois constituée, tend à persister tant qu'on n'a pas combattu efficacement la maladie constitutionnelle qui la complique.

« Cette métrite, dit-il, emprunte à cette association de la diathèse un caractère d'irritabilité qu'on ne trouve pas dans d'autres formes inflammatoires de l'utérus ; elle présente dans sa marche, dans ses alternatives d'exacerbation et d'amendement, une susceptibilité toujours éveillée par ces mêmes influences climatériques et atmosphériques qui agissent sur le rhumatisme. »

Vous avez pu voir vous-mêmes, messieurs, dans notre service, une malade couchée dans la salle Saint-Louis, au lit n° 22, et qui était atteinte d'une métrite présentant tous les phénomènes d'acuité, de douleur, de disposition hémorrhagique sur lesquels nous avons appelé votre attention. Or, elle avait des antécédents arthritiques prononcés ; elle fut prise sous vos yeux d'un eczéma intertrigo de la face interne des cuisses et des plis génito-cruraux. Cet eczéma avait en même temps envahi la vulve, le vagin, le col utérin, et à en juger par la rougeur violacée qu'on apercevait sur les deux lèvres de l'orifice utérin entrouvert, il est certain que l'inflammation spécifique s'était étendue jusque sur la muqueuse utérine elle-même. Vous avez pu juger par vous-mêmes du développement du volume et de la sensibilité de cet utérus malade et voir ensuite, sous l'influence d'un traitement approprié, ces divers accidents sensiblement s'amender. La malade, en effet, qui est encore dans nos salles, est en pleine voie de guérison.

Notre clientèle de la ville nous fournit deux cas analogues, sur lesquels nous reviendrons plus tard. Notons seulement ici que ces malades atteintes de métrite chronique arthritique présentent en même temps de la lithiase biliaire et rénale, caractéristique de l'arthritis et de la nature de la métrite. Celle-ci est irritable, réagit violemment sous la moindre cause et se complique, presque à toutes les époques menstruelles qui sont fort abondantes, d'attaques de coliques hépathiques chez l'une, néphrétiques chez l'autre.

L'*herpétis* ou la *dartre* n'est pas admis par Pidoux comme maladie constitutionnelle; il n'est pour lui qu'une dégénérescence, qu'une fusion des autres maladies constitutionnelles, l'arthritis et la scrofule. Sans entrer ici dans cette discussion, admettons avec Bazin cette entité pathologique et voyons de quelle manière elle se comporte, chez la femme, du côté des organes génitaux.

Les affections herpétiques des membranes muqueuses, dit le savant professeur de l'hôpital Saint-Louis, sont aussi rebelles, aussi tenaces que les affections cutanées; il cite les catarrhes utéro-vaginaux avec ou sans éruption dartreuse sur la vulve, sur les parois du vagin, sur le col de l'utérus. Tous les praticiens, ajoute-il, savent combien il est difficile d'obtenir la guérison définitive de ces affections.

Telle est, en effet, l'expression de la vérité. Nous constatons, pour l'herpétisme, les mêmes lésions que nous avons signalées pour les maladies constitutionnelles précédentes, c'est-à-dire des fluxions, des inflammations simples ou compliquées d'éruptions sur le vagin et surtout sur le col. Ces éruptions sont vésiculeuses, composées soit de vésicules isolées, soit plutôt de plaques formées elles-mêmes par la confluence des vésicules herpétiques ou eczémateuses, et elles coïncident avec des éruptions analogues sur d'autres parties du corps, soit sur la peau, soit sur les autres muqueuses.

Il est, de plus, fort exact de dire qu'il est excessivement difficile de guérir la dartre utérine.

Chomel professe la même opinion, et aujourd'hui nous voyons

ces mêmes idées défendues par Courty et par Noël Gueneau de Mussy.

Les observations, d'ailleurs, en sont nombreuses et concluantes, ainsi que vous pouvez vous en assurer.

Rappelez-vous, messieurs, cette malade traitée sans succès en ville pour une vaginite pendant plus d'une année, et chez laquelle nous avons diagnostiqué une métro-vaginite dartreuse, c'est-à-dire une inflammation due à une éruption herpétique sur la muqueuse du vagin et du col. Comme pour confirmer notre diagnostic, cette jeune femme fut atteinte sous nos yeux, quelques jours après son entrée dans la salle Saint-Louis, lit n° 10, d'un herpès de la vulve et d'une *angine herpétique* d'une intensité et d'une netteté remarquables. Nous prescrivîmes, comme traitement général, une cuillerée à bouche, à chaque repas, de la solution suivante :

Eau, 300 gr.; arséniate de soude, 20 centigr.,

et, comme traitement local, les émollients d'abord, sous forme de cataplasmes Lelièvre introduits quotidiennement, par la malade elle-même, au moyen de l'ingénieux instrument porte-topique, de M. Delisle; les bains sulfureux ensuite, avec la canule vaginale en verre, porcée de nombreux trous, que nous avons mis en usage dans notre service et qui permet au liquide médicamenteux de baigner les muqueuses malades. La guérison, vous l'avez vue, fut obtenue en peu de temps.

Vous trouverez encore des exemples frappants d'affections analogues chez deux autres malades de la salle Saint-Alexis, couchées l'une au lit n° 16, l'autre au lit n° 12. Chez la première, notamment, vous avez parfaitement pu voir évoluer l'herpétis. Le succès obtenu jusqu'à présent par le traitement, pour être moins brillant et moins rapide que dans le cas précédent, n'en est pas moins incontestable; l'amélioration est manifeste.

On trouve d'ailleurs, dans la science, nombre d'observations se rapportant aux faits dont nous vous entretenons.

Duparcque (*Traité des maladies des femmes*) cite deux observations d'herpétisme du col. Chez l'une de ses malades, le col utérin était parsemé de points rouges assez semblables à des

piqûres de puces, discrètes à la circonférence du col, confluentes en s'approchant de l'orifice, d'où s'échappait un liquide séro-muqueux incolore assez abondant (eczéma du col). Du reste, la malade avait eu pendant longtemps une affection vésiculeuse de même nature à la partie interne des cuisses, avec prurit. La guérison fut obtenue au moyen de bains sulfureux.

Noël Gueneau de Mussy (mémoire sur l'herpétisme utérin) mentionne notamment six observations où la nature dartreuse de l'affection ne peut être mise en doute un seul instant : il s'agit de femmes ayant eu des affections dartreuses de la peau, qui, en un moment donné, en présentèrent d'analogues sur la vulve, sur le vagin et sur le col, et chez lesquelles s'établit une métrite.

Voici, du reste, ces observations résumées très-brièvement :

Observation I. — Femme de 25 ans. Eczéma de la région fessière, des cuisses, des mains et de la face. Éruption vésiculeuse fine (eczéma), des culs-de-sac utéro-vaginaux, du col utérin ; leucorrhée.

Obs. II. — Femme de 36 ans, syphilitique, manifestations dartreuses : blépharite dartreuse, plaques de pityriasis sur le cou ; herpès sur la partie postérieure du cou ; eczéma intertrigo dans les plis génito-cruraux avec démangeaisons insupportables. Catarrhe utérin, engorgement utérin, eczéma du col, puis érosion et ulcération du col.

Obs. III. — Femme dartreuse (affections cutanées à diverses reprises ; eczéma de la vulve, prurit intense). Métrite avec tendance ménorrhagique, érosion fongueuse du col consécutive à l'eczéma.

Obs. IV. — Femme née d'un père dartreux, ayant elle-même plusieurs affections cutanées prurigineuses et de l'intertrigo ; métrite chronique, eczéma du col et de la vulve.

Obs. VI. —Femme de 49 ans, dartreuse (éruption sur les membres supérieurs) ; métrite chronique, érosion granuleuse du col.

Obs. VII. — Femme de 28 ans, dartreuse (herpès de la région fessière, de la vulve et du col utérin) ; métrite du col s'établissant comme les précédentes, sans autre cause appréciable.

Bordier, dans le numéro de la *Gazette hebdomadaire*

du 26 janvier 1877, a publié un cas très-intéressant de métrite qu'il considère comme étant de nature dartreuse et qui nous paraît plutôt, d'après les antécédents héréditaires de la malade, d'après les phénomènes morbides dont elle a été atteinte (eczéma des deux oreilles, lichen de la nuque, névralgies, probablement eczéma de la vulve), devoir être considérée comme étant d'origine arthritique. Quoi qu'il en soit, voici le résumé de cette observation :

Femme de 24 ans, père arthritique; du côté maternel, phthisie diabétique (bisaïeule). —Vous savez en effet, messieurs, que le diabète, de même que le cancer, marche très-bien avec l'arthritis. — Grand'-mère (cancer utérin); tante (prurit vulvaire; eczéma des deux oreilles). Cette jeune femme est sujette aux névralgies, à l'angine granuleuse; elle s'enrhume facilement l'hiver; elle a du lichen de la nuque et une dermatose indéterminée de la vulve, des tubercules pulmonaires et de la dysménorrhée pseudo-membraneuse. Comme il arrive souvent cette dysménorrhée guérit à la suite de deux grossesses heureuses; de plus, il y eut arrêt de la tuberculisation pulmonaire.

Fort de cette observation, Bordier attire l'attention sur les troubles diathésiques de la muqueuse du corps même de l'utérus. Pour lui, cette dysménorrhée pseudo-membraneuse est un cas de dartre intra-utérine; aussi la désigne-t-il sous le nom de *dysménorrhée pseudo-membraneuse exfoliatrice de nature dartreuse.*

Il y aurait eu, dans ce cas, à la surface de la muqueuse intra-utérine, une éruption herpétique, comme il est fréquent d'en voir sur les muqueuses du voile du palais et du pharynx; si la dartre intra-utérine est plus contestée c'est uniquement parce qu'elle est moins facile à constater.

Outre les observations de ces cas types dont nous avons parlé plus haut, nous voyons, d'après nos statistiques, que, sur 71 cas de métrites observées en quatre mois à Lourcine, 10 doivent être rapportées à l'herpétis, soit qu'il les ait engendrées directement, soit seulement qu'il leur ait fait revêtir une forme chronique, interminable.

La *syphilis* joue le même rôle que les précédentes maladies constitutionnelles dans la pathogénie des affections utérines.

Sans parler ici des accidents syphilitiques qui se développent fréquemment sur le col utérin (chancres, plaques muqueuses), nous vous signalerons seulement les métrites qui sont le fait du retentissement de la vérole sur l'utérus; mais nous devons vous signaler une autre action de la syphilis mise en lumière par Noël Gueneau de Mussy. En effet, selon ce médecin distingué, la syphilis agirait parfois indirectement, jouant le rôle de cause occasionnelle et faisant éclore, chez une femme herpétique, par exemple, des manifestations herpétiques. Cet auteur, qui a été pendant plusieurs années médecin de cet hôpital, a vu souvent des manifestations herpétiques succéder à la syphilis, vérité qu'il exprime ainsi : « La vérole est un fumier qui favorise l'éclosion de tous les germes diathésiques! » Sur 71 métrites, nous en avons observé 23 qui étaient dues à la syphilis.

Chlorose. — Sur le même plan que ces maladies constitutionnelles, nous placerons la chlorose, qui exerce en réalité une grande influence sur la pathogénie des affections utérines. La chlorose, vous le savez, est constituée par une déglobulisation spontanée du sang, liée le plus ordinairement à des changements organiques importants dans la vie de la femme, tels que la puberté surtout, et la ménopause. Nous n'avons pas à rechercher ici comment s'opère cette déglobulisation; qu'il nous suffise de savoir que très-souvent la chlorose est une cause prédisposante générale de l'affection utérine. D'autre part, lorsque celle-ci est développée, la chlorose augmente à son tour et s'accentue. Dans certains cas, il est bien difficile de suivre la véritable filière pathogénique; car parfois la chlorose et les affections utérines ont une apparition à peu près simultanée; et l'incertitude sera d'autant plus grande, que l'affection utérine pourra être la conséquence d'une maladie constitutionnelle, et que la chlorose, survenant à son tour sous l'influence de la même cause, sera alors un phénomène concomitant et aggravant. C'est en pathologie surtout qu'on voit le cercle vicieux s'établir, et c'est précisément dans ces cas qu'il est le plus difficile à briser! L'observation, cependant, nous enseigne que, si la chlorose est quelquefois concomitante, d'autres fois

conséquence, elle est très-souvent aussi cause d'affection utérine. Et, en effet, parmi nos observations, nous trouvons 11 cas sur 71 dans lesquels la chlorose a joué un rôle prépondérant.

Tillot rapporte, à ce sujet, deux observations intéressantes : dans la première, il s'agit d'une femme de 24 ans, chlorotique, dysménorrhéique, qui eut deux grossesses; après la dernière, il survint de la leucorrhée, des douleurs lombaires et hypogastriques, une métrite chronique. Le col utérin était volumineux et présentait, sur la lèvre antérieure, une érosion avec des granulations. Dans la seconde, il s'agit de même d'une jeune femme, âgée de 21 ans, chlorotique, qui, sans grossesse antérieure ni avortement, fut atteinte d'une métrite chronique avec antéflexion, hypertrophie du col et catarrhe utérin. Chez les vierges, on trouve des cas indiscutables de métrite chlorotique, comme vous avez pu en juger par vous-mêmes chez deux de nos malades; une d'elles est encore couchée au lit 46 de notre salle Saint-Alexis.

Pour cet auteur, l'état chlorotique paraît, du reste, prédisposer aux phlegmasies péri-utérines plutôt qu'aux affections utérines proprement dites; ce sont du moins ces phlegmasies que ce savant médecin a observées en pareils cas.

Nous avons terminé l'examen du contingent fourni à la pathologie utérine par les maladies constitutionnelles. Voyons quelle influence doit être attribuée aux maladies *diathésiques*. Cette étude sera courte, car les phénomènes, ici, sont d'une netteté qui ne permet pas la discussion.

Il est d'expérience, dit Desnos, qu'il existe chez les tuberculeuses affectées de métrite une sorte d'alternance entre les manifestations des lésions pulmonaires et les symptômes de la phlegmasie utérine; de telle sorte que, lorsque la métrite s'amende, la phthisie pulmonaire s'aggrave, et réciproquement; de là, l'indication formelle de ne pas chercher à supprimer la métrite tuberculeuse, qui joue alors, vis-à-vis de la diathèse, le rôle de soupape, permettez-moi cette expression, et d'en atténuer tout au plus les accidents inflammatoires si elle devient par trop vive, afin seulement d'empêcher que les symptômes de la métrite ne prédominent au point d'épuiser la malade.

Le précepte, en effet, est bon à retenir : il ne faut pas supprimer les accidents utérins, de peur que la tuberculose pulmonaire n'en reçoive une stimulation redoutable.

La métrite, chez une tuberculeuse, peut se développer spontanément (Tillot, obs. XVI); mais, le plus souvent, elle semble attendre une impulsion accidentelle, favorable à son développement, tel qu'un accouchement, tel qu'un avortement; ces résultats doivent être tenus en ligne de compte lorsqu'on étudie et calcule l'influence de la grossesse sur le développement de la tuberculose; d'autant plus que, comme le fait remarquer le professeur Gosselin, la métrite est souvent hémorrhagique, et qu'elle peut devenir à son tour aussi, soit un point de départ de la phthisie chez les sujets prédisposés, soit une aggravation chez les personnes qui en ont déjà subi les premières atteintes.

Chacun de vous connaît certainement la thèse de notre excellent collègue Brouardel et les nombreuses observations toutes concluantes qu'elle contient. Nous ne saurions, d'ailleurs, mieux faire que de vous renvoyer à ce travail, nous réservant de l'utiliser, surtout lorsque nous étudierons avec vous les attributs symptomatiques de cette métrite spécifique.

Vous trouverez de même, dans le *Traité d'anatomie pathologique* de Cornil et Ranvier, des indications précieuses sur l'existence, les allures et les effets des affections génitales d'origine tuberculeuse.

Nous reviendrons d'ailleurs sur ces faits à propos de la symptomatologie de ces affections utérines.

Quant à la diathèse *cancéreuse*, il nous suffit d'en citer le nom pour vous convaincre que cette influence diathésique sur l'utérus ne peut être révoquée en doute.

Vous le voyez, messieurs, les preuves cliniques sont nombreuses, et elles l'eussent été davantage si j'avais voulu rappeler devant vous les faits observés par les médecins des eaux minérales, et qui sont consignés par eux dans les rapports annuels qu'ils adressent au ministère de l'agriculture et du commerce. Ces praticiens observent journellement des femmes qui, ayant subi un traitement local pendant des années, des cautéri-

sations par une foule de procédés, guérissent promptement, relativement du moins, par un traitement minéral, dirigé avec quelque discernement contre l'état général constitutionnel ou diathésique. Journellement, ils constatent les concomitances que nous vous avons signalées entre les affections utérines et les affections correspondantes des muqueuses ou de la peau; les déplacements, les alternances de ces affections, qui ont été décrits sous le nom de *métastases*. Ils sont à même surtout de vérifier les heureux résultats de la thérapeutique minérale et thermale, attaquant directement l'état général prédominant.

C'est, en effet, messieurs, la *thérapeutique* qui nous fournira la troisième preuve sur laquelle repose l'opinion que nous cherchons à faire prévaloir devant vous; c'est à elle que nous demanderons les derniers arguments, ceux qui, nous l'espérons, emporteront votre conviction et qui vous prouveront l'importance et la vérité de la *doctrine* que nous soutenons. Nous n'entrerons pas aujourd'hui dans de longs développements, puisque cette question sera plus tard, dans le cours de ces leçons, l'objet d'études spéciales, lorsque nous aborderons la thérapeutique générale des affections utérines, surtout celle par les eaux minérales et thermales, par l'hydrothérapie et la thérapie marine. C'est cette thérapeutique qui vous montrera par les résultats heureux obtenus constamment dans le traitement des affections utérines que notre doctrine de la pathogénie de ces affections repose sur des bases solides et inébranlables. Du reste, vous pouvez, dès aujourd'hui, juger par vous-mêmes, d'après les résultats obtenus devant vous dans nos salles, de l'efficacité du traitement des affections utérines, lorsqu'on a su s'adresser directement à l'état général sous l'influence duquel elles sont développées.

La thérapeutique générale des affections utérines, vous le voyez tous les jours, consiste dans l'emploi d'une médication interne variable selon le cas : c'est ainsi que, dans la scrofule, nous administrons l'huile de foie de morue, la solution au tartrate ferrico-potassique, la teinture d'iode; cette dernière doit être prise, selon le précepte de Trousseau, non pas avant mais

bien pendant le cours du repas; elle est ainsi bien mieux tolérée pendant plus longtemps et à plus forte dose. Notre illustre maître, Trousseau, a pu, par cette méthode, ordonner et faire tolérer, contre des névralgies rebelles, jusqu'à 120 gouttes d'essence de térébenthine. Dans l'arthritis, nous conseillons les amers et les alcalins; dans la dartre, les arsenicaux; dans la syphilis, l'iodure de potassium à petite dose, de 25 à 50 centigr. par jour, 1 gr. au plus; dans la chlorose, enfin, le quinquina et le fer. Nous employons en même temps, le traitement balnéaire : les bains sont, selon les cas, sulfureux, alcalins, arsenicaux, mercuriaux ou émollients; mais toujours ils sont pris avec une canule vaginale, de façon à permettre ainsi cette précaution que les expériences ont démontrée aux parois du vagin et au col utérin d'être en contact avec le liquide médicamenteux.

Mais il ne faut être exclusif en rien; nous ne nous contentons pas du traitement général; nous lui adjoignons un traitement local plus ou moins énergique, allant du cautère actuel, souvent employé dans nos salles aux applications de teinture d'iode, aux solutions faibles de nitrate d'argent ou d'un caustique quelconque. Cette modification locale agit alors d'autant mieux que le terrain a été mieux préparé et préalablement modifié par une médication générale s'adressant à la maladie constitutionnelle. Ce fait nous confirme dans l'idée que les accidents utérins sont bien dus à des affections, et non à des maladies, et que ces affections sont presque toujours sous l'influence d'une maladie constitutionnelle. C'est cette vérité que Courty exprime en ces termes : « L'épreuve par le traitement est la véritable pierre de touche de la nature des maladies utérines. »

La tradition, la clinique, la thérapeutique, sont donc bien d'accord pour nous montrer la véritable pathogénie des affections utérines. Nous espérons vous en avoir fourni assez de preuves pour ne laisser, à ce sujet, aucune indécision dans votre esprit, et pour vous avoir, par suite, démontré toute l'insuffisance et la stérilité de l'action médicale des praticiens localisateurs, des praticiens qui, méconnaissant la véritable

nature des affections utérines, ne voient que la lésion et dirigent contre elle tous leurs efforts. Pour vous, interprétant la pathogénie des affections utérines comme elle doit l'être, tout en ne négligeant pas les moyens thérapeutiques locaux qui doivent modifier l'état local, votre rôle médical sera plus élevé, car vous chercherez en même temps à traiter et à guérir la maladie constitutionnelle, cause de cette affection.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE

GROSSESSE SANS LÉSION DE L'HYMEN.

Par le professeur G. Braun (de Vienne).

(*Wiener medis. Wochenschrift*, 1876, n°s 13 et 14.)

Traduit par le Dr Alphonse Herrgott

Au point de vue médico-légal la dénomination de *virginité* n'a qu'une signification physiologique et l'on appelle du nom de *vierge* une fille adulte qui n'a jamais accompli l'acte de la copulation et l'on donne comme caractère anatomique le plus important de cet état, l'état d'intégrité de l'hymen, ou de la valvule vaginale, ce repli de la muqueuse qui marque la limite entre les organes génitaux externes ou internes.

Dans la plupart des cas, la valvule a une forme semi-lunaire à concavité dirigée vers l'orifice uréthral, laissant à l'orifice vaginal le libre écoulement menstruel et des mucosités vaginales et permettant même l'introduction d'un corps mince. Quelquefois, elle ferme complètement la cavité vaginale, et ne conserve qu'une ouverture centrale ; dans des cas plus rares, on trouve plusieurs ouvertures qui lui donnent l'apparence d'un crible.

Dans quelques cas, on voit un pont cutané dirigé verticalement ou horizontalement qui divise l'orifice en 2 portions, comme il y a aussi des cas où l'ouverture centrale est très-

grande et où ce repli ne présente qu'un rebord, on garnit tout le pourtour de l'ouverture vaginale (1).

Les médecins légistes les plus prudents sont unanimes pour n'accorder à l'hymen qu'une signification médiocre pour affirmer ou nier la virginité dans les cas douteux. Les gynécologues n'accordent également qu'une valeur peu importante à cette valvule, car une erreur de lieu a pu se produire, et son élasticité a pu permettre l'entrée d'un organe très-petit dont le passage n'a point laissé de traces; de plus, l'imprégnation a pu avoir lieu sans l'introduction du pénis.

Les faits observés par Dewer (2), Credé (3), Kiwisch (4), Scanzoni (5), Horton (6), Holst (7), Leisering (8), K. v. Braun Fernwald (9), prouvent surabondamment que la fécondation a pu avoir lieu sans lésion de l'hymen : à ces faits s'ajoutent les trois suivants :

PREMIER CAS.

Grossesse avec hymen intact; antérieurement, amas sanguin dans le vagin; canal de l'urèthre, dilaté de 3 centimètres, servant pendant longtemps d'organe de copulation; accouchement normal.

Le 12 décembre, D. P..., âgée de 24 ans, fut admise à la clinique obstétricale, dans les maux depuis plusieurs heures. L'assistant, Dr Pawlick, avait constaté l'occlusion du vagin.

Quand j'examinai la parturiente, je trouvai le fond de l'utérus à environ 5 centim. de la pointe du sternum, les battements redoublés à gauche; au-dessus de l'ouverture pelvienne, une partie fœtale ronde lisse que je pris pour la tête.

---

(1) La Thèse du Dr Rose, de Strasbourg, *De l'Hymen*, soutenue le 20 déc. 1865 sous la présidence de M. le professeur Tourdes, dans laquelle on trouve, outre des indications précieuses, une planche représentant l'hymen dans 16 états différents, ne semble pas être connue de l'accoucheur de Vienne; elle aurait méritée certainement d'être citée. H.

(2) *Krankh. des Weibes*, übers. v. Moser, 1837.

(3) *Verh. d. Geb. Gesellschaft in Berl.*, IV.

(4) *Geburtskunde*, 1854.

(5) *Allgem. W. med. Z.*, 1864.

(6) *Philadelp. med. and surg. rep.*, 1869.

(7) *Scanzonis Beitr.*, V.

(8) *Philadelph. med. Times*, 1871.

(9) *Wiener med. Wochenschrift*, 1874.

A l'inspection de la vulve, je vis les petites lèvres passablement allongées recouvrant l'entrée vaginale, écartées à droite et à gauche; l'orifice uréthral se présente large et entouré de plis de la muqueuse comme l'anus; au-dessous de lui, une membrane solide fermait le vagin, sauf un petit pertuis de la grandeur d'une lentille, situé à quelques millimètres au-dessous du méat. Le doigt, essayant de la dilater, éprouva une grande résistance. Au-dessous de cette ouverture, à quelques millimètres en dehors, se trouvaient quelques points foncés ressemblant à des orifices qui auraient été fermés par la cicatrisation. L'ouverture en forme de lentille admettait la sonde utérine dont l'introduction put être suivie par le doigt introduit dans le rectum. La sonde utérine pénétra à une profondeur de 13 centimètres, sans rencontrer de résistance; on évita naturellement de presser le bouton dans la direction de l'ouverture pelvienne. Après avoir retiré la sonde, j'explorai de nouveau par le rectum moyennant deux doigts, je pus reconnaître facilement que l'orifice avait une dilatation de 6 centimètres et que la poche était tendue.

J'introduisis alors le doigt explorateur dans l'orifice béant du canal de l'urèthre; il pénétra sans résistance à une profondeur de 3 à 4 centimètres; derrière le pubis, je sentis le doigt comme serré par l'orifice de la vessie. La vessie fut explorée facilement dans toutes les directions, le doigt éprouva une singulière sensation en touchant à nu le bord du corps horizontal du pubis et les limites de cet os.

Il n'y avait donc pas d'autre anomalie que la persistance de l'hymen qui réclamait notre intervention.

Interrogée sur la manière dont la menstruation s'était établie chez cette jeune femme de constitution robuste, elle nous dit qu'à 18 ans elle avait éprouvé dans le bas-ventre des douleurs qui avaient été de plus en plus intenses et qui ordinairement, au bout de trois ou quatre jours, cessaient sans qu'il se fût produit d'écoulement par les parties génitales. Ce n'est qu'au bout de quelques mois que ces phénomènes se furent manifestés, accompagnés de vomissements, qu'elle avait remarqué qu'à travers les parties génitales avait fait saillie une tumeur globuleuse qui après avoir causé pendant une journée des douleurs violentes, s'était vidée tout à coup; le liquide qui en était sorti avait une couleur noire, était peu abondant, et cet écoulement dura quelque temps; toutefois elle ne put donner à cet égard des renseignements précis.

Depuis cette époque, la menstruation fut régulière; elle cessa en mars 1875. Depuis ce moment, elle pensa être enceinte. Il est évident qu'il y a eu imperforation de l'hymen et qu'à l'âge de 18 ans il se fit une accumulation dans le vagin du liquide menstruel qui se fit jour à travers une ouverture probablement agglutinée. On ne peut savoir jusqu'à quel point l'utérus prit part à cette tumeur sanguine.

Interrogée sur l'époque du premier rapprochement sexuel et la manière dont il avait été effectué, elle dit qu'il a eu lieu il y a deux ans et que le membre viril avait toujours été introduit dans l'ouverture dans laquelle se trouvait mon doigt, c'est-à-dire dans le canal de l'urèthre.

Ce n'est sans doute pas dans les premiers rapprochements sexuels que le canal a pu avoir été dilaté d'une manière suffisante pour admettre le pénis, quoiqu'elle dise que dans ces derniers temps le coït n'a pu avoir lieu qu'avec de fortes douleurs.

Les fonctions de la vessie n'ont jamais été troublées; après comme avant l'exploration digitale, il n'y a eu perte de la plus petite quantité d'urine.

Le diagnostic ayant été établi ainsi, on pouvait porter un pronostic favorable sur l'accouchement.

Le 12 décembre 1875, à 11 heures du matin, j'essayai d'introduire le doigt par des mouvements de vrille dans l'orifice de l'hymen; après quelques tentatives, l'extrémité du doigt pénétra jusqu'à la tête de l'enfant à l'entrée du bassin. Deux heures après, les membranes se rompirent et à 5 heures du soir la tête commença à dilater lentement cette membrane; à mesure que la tête était poussée dans la fente vulvaire, l'ouverture se dilatait de plus en plus, l'hymen se rompit enfin en bas. Après que la tête et le tronc furent passés, on remarquait de chaque côté de l'orifice vaginal un petit lambeau de l'hymen de 2 centimètres de largeur. La déchirure n'intéressait pas le tissu du vagin.

Sauf une légère irritation péritonéale, les couches se passèrent bien; le 27 décembre, la femme quitta la clinique, sans trouble des fonctions urinaires et, dans le canal vaginal, il ne restait de l'hymen qu'un liséré dur à la gauche de l'entrée du vagin.

Quant au mode suivant lequel la conception a eu lieu, on peut admettre que dans une tentative de copulation, l'orifice habituel n'a pas été trouvé ou n'a pas été trouvé assez vite, et que l'éjaculation a eu lieu sur l'hymen et que le sperme a passé à travers l'orifice dans le vagin, la matrice et jusque sur l'ovule.

DEUXIÈME CAS.

Grossesse avec un hymen intact; introduction probable d'un pénis très-petit; accouchement normal.

Le 15 novembre 1873, se présenta dans mon cabinet une dame âgée avec une demoiselle de 15 à 16 ans, pour me consulter sur la santé de

sa petite-fille. Elle me dit que depuis quelque temps il y avait eu chez cette jeune personne des symptômes de chlorose, que la menstruation était arrêtée depuis plusieurs mois, que les pieds s'étaient tuméfiés et que le ventre avait subi une augmentation de volume très-sensible.

La grand'mère de cette jeune personne, très-tourmentée de l'état de cette orpheline, avait consulté un certain nombre de médecins de sa localité, une ville importante de province. Quelques médecins avaient pensé à une hydropisie ascite, d'autres à un kyste de l'ovaire et avaient même parlé de l'éventualité d'une opération.

La jeune personne, blonde, bien développée, d'un aspect intelligent, présentait un développement considérable des seins. A l'examen extérieur, on constate une tumeur égale, tendue, ayant la forme et le volume de l'utérus au neuvième mois de la gestation. Les battements redoublés et les parties fœtales mobiles ne manquèrent pas pour le diagnostic; les pieds se trouvaient au fond et à droite. En essayant l'exploration par le toucher, on constatait l'occlusion du vagin par l'hymen. L'ouverture de l'hymen pouvait admettre une plume d'oie. Je ne poussai pas plus loin l'exploration vaginale, je touchai par le rectum et trouvai le col élevé vers le promontoire et la tête ballotable dans le segment inférieur.

Je déclarai à la grand'mère que chez cette jeune personne il n'y avait aucune maladie, mais un état tout physiologique, que toutefois les signes de la défloration manquaient.

On comprend l'étonnement de cette dame qui appartenait aux rangs élevés de la société; elle dit qu'elle ne pouvait croire à un oubli si grave des devoirs chez sa petite-fille et me menaça même de me poursuivre en calomnie.

Il fallut toute ma modération et toute ma patience pour lever les doutes de cette dame et la convaincre; la jeune fille y aida beaucoup.

Après avoir déclaré à la jeune fille, en présence de sa grand'mère, qu'elle était enceinte, je l'interrogeai et alors elle me dit qu'en mars 1873 elle avait eu ses règles pour la dernière fois pendant deux jours seulement, à cause d'une frayeur qu'elle avait éprouvée à cause d'un incendie qui avait éclaté dans son voisinage. Elle avoua ensuite s'être laissée embrasser par un homme; peu après son époque menstruelle, en mars, elle avait été reconduite du bal chez elle par un jeune homme, elle s'était assise sur ses genoux et, pendant qu'il l'embrassait, elle avait senti quelque chose pénétrer dans ses parties génitales et elle fut mouillée.

Comme il était intéressant pour moi de savoir si l'hymen était réellement intact ou si une petite déchirure avait passé inaperçue, je la plaçai de nouveau dans la situation convenable pour faire de l'hymen un examen minutieux; je ne trouvai aucune échancrure au

bord supérieur de l'hymen et je pus pénétrer à environ 6 centimètres, avec l'index, dans cet orifice qui semblait ne pouvoir admettre qu'une plume d'oie, et cela sans que la jeune femme manifestât aucun sentiment de douleur. Après avoir retiré le doigt, qui ne fut pas teint de sang, l'ouverture hyménale se referma comme un anneau en caoutchouc et présenta la même dimension qu'auparavant. Il ne me parut pas douteux que le pénis n'eût pénétré dans l'orifice vaginal et n'eût éjaculé le sperme dans le vagin sans avoir laissé de traces de son passage. La jeune femme donna l'assurance qu'elle n'eut plus tard aucune occasion d'avoir eu un contact avec un homme et d'avoir été depuis cette époque plus ou moins indisposée.

Quelques semaines plus tard, en décembre 1873, je fus appelé dans un des hôtels de la ville pour assister une femme en couches; quel ne fut pas mon étonnement de trouver dans les douleurs la jeune femme que javais explorée en compagnie de sa grand'mère !

L'aïeule avait fini par comprendre que ce qu'il y avait de plus sensé était de faire contre mauvaise fortune bon cœur; elle s'était empressée de marier sa petite-fille avec celui qui l'avait reconduite du bal et de se soustraire aux bavardages de la petite ville.

On désirait ma présence, puisqu'on avait la frayeur de voir survenir une déchirure des parties génitales. L'accouchement se fit avec la plus grande régularité, et pendant que la tête appuyait sur l'orifice vulvaire, je pus assister à la disparition progressive de l'hymen. Après la puerpéralité, on ne retrouva que de petites caroncules myrtiformes. Comme l'époux était présent, je pus examiner le corps du délit qui était de très-petite dimension. D'après ses déclarations, il ne reste pas de doutes sur la pénétration du pénis dans le vagin, mais pas en totalité.

TROISIÈME CAS.

Grossesse avec hymen intact, sans introduction du pénis; accouchement normal.

Le 5 avril 1875, mon assistant le Dr Welponer me pria d'examiner une jeune fille et de lui donner mon avis; cette jeune personne pouvait avoir environ 16 ans, elle appartenait à une famille aisée de l'arrondissement de Wieden; elle était arrivée dans mon cabinet accompagnée d'un jeune homme de 18 à 19 ans et munie de la carte du Dr Welponer. Elle désirait savoir pourquoi son ventre prenait un si grand développement sans qu'elle fût malade. Interrogée par moi sur le cours de sa menstruation, elle répondit que depuis plusieurs mois celle-ci était supprimée; mais qu'avant ce terme elle avait toujours été bien réglée. L'examen externe permit de poser de suite le diagnostic de la grossesse, mais je fus surpris dans la tentative

d'exploration interne que je fis de trouver la vulve fermée par l'hymen ; pour plus de sûreté, je touchai par le rectum et trouvai la tête ballotable.

Cette jeune personne, bien élevée, faillit tomber en syncope quand je lui déclarai ce qui en était; elle ne put que me prier de faire connaître la chose au jeune homme qui l'avait accompagnée et qui attendait dans la pièce voisine. Ma déclaration fut accueillie par un sourire d'incrédulité, car ni l'un ni l'autre ne songeaient à une grossesse; mais quand je demandai comment il se faisait qu'il se trouvait chez moi en compagnie d'une jeune fille, il me donna une réponse évasive. Ce ne fut que lorsque je déclarai avec fermeté que dans peu de temps cette jeune fille serait mère, que pour réparer leur faute il ne leur restait que peu de temps, qu'il m'avoua qu'il était employé dans la maison du père de la jeune fille en qualité de teneur de livres, que depuis environ un an il entretenait avec elle une liaison amoureuse, que pendant l'été 1874, à une date qu'il ne pouvait préciser, mais qui avait été un dimanche de juillet, il avait touché du piano ayant la jeune fille assise sur ses genoux, que pendant qu'il l'embrassait il avait soulevé ses jupons et pressé son pénis contre les cuisses de la jeune fille, et que les deux s'étaient sentis mouillés. Le temps que cela a duré a dû avoir été très-court, car on avait laissé ouverte la porte de la chambre voisine dans laquelle se trouvaient la mère et la sœur de la jeune fille qui n'avait cessé de converser avec elles. Le jeune homme ne croyait pas que la grossesse ait pu avoir été possible de cette manière; toutefois il fit toutes les démarches pour pouvoir se marier avant le 1er mai 1875.

Le 7 mai 1875, environ quatre semaines après cette consultation, je fus averti que les douleurs se manifestaient chez cette jeune femme. Depuis ce temps, elle avait été déflorée et elle accoucha d'une fille à terme.

De ces trois faits on peut tirer les conclusions suivantes :

1° L'intégrité seule de l'hymen n'est pas un signe de virginité au point de vue gynécologique : les cas 1, 2 et 3 le prouvent.

2° L'hymen peut avoir une élasticité telle qu'un pénis peu volumineux puisse le franchir sans laisser de traces de son passage, si bien qu'une femme peut être réputée vierge au point de vue de l'anatomie sans qu'elle le soit au point de vue gynécologique, le cas 2 le prouve.

3° Enfin, il résulte des faits 1 et 3 que l'introduction du membre viril dans le vagin n'est pas nécessaire pour que la fé-

condation puisse avoir lieu; il suffit pour cela de la présence du sperme dans la vulve.

4o L'accumulation du sang menstruel évacué par des pertuis conglutinés guérit spontanément avec plus de facilité que si on intervient par une opération; le cas 1 le prouve.

5o L'erreur de lieu en vertu de laquelle le canal de l'urèthre devient organe de copulation n'est pas si rare : voyez le cas no 1.

6o L'intégrité de l'hymen ne peut jamais être regardée comme un obstacle à l'accouchement ; le pronostic est presque toujours favorable (voyez cas 1, 2 et 3).

REVUE CLINIQUE

DYSTOCIE CAUSÉE PAR UNE HYDROCÉPHALE.

Par M. Polaillon.

Chirurgien-adjoint de la Maternité.

Le 23 février 1877, je suis appelé à l'hôpital Beaujon pour assister une femme, d'environ 25 ans, qui est en travail depuis la veille, sans pouvoir accoucher. Cette femme a déjà eu un accouchement spontané. On n'a pas d'autres renseignements sur cette première couche, ni sur l'enfant qui est né à cette époque. On n'a pas de renseignements non plus sur les phénomènes de la dernière grossesse.

La patiente est bien conformée. Elle est en proie à des spasmes et à des tremblements nerveux. Elle ne répond pas aux questions qu'on lui adresse. La peau est froide ; son pouls faible, mais régulier. Des mucosités exhalant une odeur de putréfaction s'écoulent des parties génitales. Des selles diarrhéiques très-fétides sont survenues depuis quelques heures. Les contractions utérines sont faibles. Le ventre est volumineux, mais ne présente rien de spécial dans sa forme. On peut soupçonner une lésion de la matrice.

Le travail dure depuis plus de 24 heures. On a appliqué plusieurs fois les forceps. On a exercé sans résultat des tractions considérables avec cet instrument. L'état de la patiente étant devenu très-grave, on m'a fait mander.

Il y avait, en effet, urgence de délivrer cette femme le plus promptement possible. Mais quelle était la cause de la dystocie ? Le toucher vaginal me l'apprit bientôt. On arrivait sur des espaces membraneux très-larges, séparant des pièces osseuses mobiles, lesquelles présentaient un rebord mince qui ne peut appartenir qu'à des os du crâne. Il s'agissait donc d'une présentation de la tête, et cette tête était augmentée de volume par une hydrocéphalie probablement très-volumineuse. Le diagnostic était des plus évidents. Mais comme l'hydrocéphalie ne se rencontre guère qu'une fois sur trois mille accouchements, on ne pense pas à cette cause de dystocie et on la méconnaît. En outre, la palpation indiquait que le sommet se présentait en O. I. G. A., la tête appuyant sur le détroit supérieur.

Les battements cardiaques du fœtus ne s'entendaient plus depuis plusieurs heures.



Je me hâtai d'appliquer un forceps de Stoltz dont le bord postérieur des cuillers était perforé et portait des liens tracteurs, afin de tirer plus exactement dans l'axe du bassin. L'application du forceps fut assez facile. Mais l'écartement considérable des cuillers indiquait que l'extraction était impossible, à moins d'évacuer le liquide de l'hydrocéphale. Si l'enfant avait été vivant, j'aurais fait cette évacuation avec un fin trocart enfoncé peu profondément afin de ne pas

léser le cerveau, mais, ayant la certitude que l'enfant avait cessé de vivre, je me suis servi du perforateur de Blot que j'ai introduit entre les cuillers des forceps et que j'ai fait pénétrer au niveau d'une des larges sutures. Immédiatement un flot de liquide transparent fit irruption. Le crâne en partie vidé permit le rapprochement des cuillers du forceps. Quelques tractions modérées, exercées autant que possible dans l'axe du détroit supérieur par l'intermédiaire des liens tracteurs, amena facilement la tête à la vulve. Le dégagement fut ensuite opéré sans difficulté. Pendant l'extraction une certaine quantité de matière cérébrale s'échappa par l'ouverture de la perforation.

L'enfant était développé comme un fœtus à terme. Il ne présentait aucun vice de conformation. Il était mort depuis plusieurs heures, mais n'était pas macéré. Le cuir chevelu présentait au niveau de la fontanelle antérieure un commencement de putréfaction. Le frontal gauche était fracturé. Les fontanelles et les sutures avaient des dimensions énormes. Pour avoir une idée exacte de la capacité du crâne, j'ai enlevé toute la masse encéphalique, j'ai rempli la cavité crânienne d'eau, de manière à redonner à la tête son volume naturel, et j'ai pesé cette quantité d'eau avec soin. J'ai trouvé 1,190 grammes, c'est-à-dire à peu près le poids moyen du cerveau d'un adulte.

Après l'opération qui a été prompte et facile, l'état alarmant de la mère ne s'améliora pas. Elle succomba le jour suivant. L'autopsie fut faite. On m'a appris qu'on avait trouvé une déchirure fissurique sur la partie antérieure du col de l'utérus. (*Observ. communiquée à la Soc. de chir. Séance du 18 avril.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Nouvelles observations de vaginisme, par M. le D[r] F. de RANSE. — L'auteur rappelle d'abord les opinions contradictoires émises sur la nature et les rapports réciproques de l'hyperesthésie vulvaire et du vaginisme, ou contracture spasmodique du vagin, entre autres celle de Marion Sims, qui réunit intimement les deux ordres de phénomènes en une seule et même maladie, et celle de M. le professeur Gosselin, qui nie l'existence, la possibilité même du spasme vaginal, et rapporte à l'hyperesthésie vulvaire seule les troubles fonctionnels attribués au vaginisme.

Trois faits, que M. de Ranse a observés à Paris, lui permettent d'établir une indépendance absolue, dans certains cas, entre l'hyperesthésie vulvaire et la contraction spasmodique du sphincter vaginal.

Dans le premier, il s'agit d'une dame de 32 ans, mère de deux enfants, qui a été vue par deux membres de l'Académie et adressée à M. de Ranse avec le diagnostic : *Hypéresthésie vulvaire, hématurie vaginale, dépendant du spasme du col de la vessie.* Chez elle, en touchant légèrement la face interne des lèvres, un peu au-dessus de la fourchette, jusqu'au niveau du méat, on provoquait une sensation extrêmement pénible. La malade avait de la peine à marcher ; il lui semblait que ses lèvres s'entr'ouvraient, et la douleur se propageait au bas-ventre. Il y avait des spasmes du sphincter anal et du sphincter vésical, mais le sphincter vaginal en était complètement exempt ; le toucher des parties hyperesthésiées, l'introduction du doigt et du spéculum ne provoquaient pas la moindre contraction.

La seconde malade est une névropathe qui, à beaucoup d'autres phénomènes, joignait une hyperesthésie de la fourchette et du périnée, rendant la marche et la position assise parfois très-pénibles. L'introduction d'une canule à injection, du doigt, du spéculum, était très-douloureuse, mais ne provoquait aucune contraction spasmodique du sphincter vaginal.

La troisième observation a trait à une jeune femme qui, mariée depuis deux ans, n'avait pu, par suite du vaginisme dont elle était atteinte, accomplir l'acte conjugal. Cette dame était hystérique et présentait, entre autres phénomènes, un spasme de l'œsophage, avec lequel le spasme du vagin présentait une frappante analogie. La vulve, en effet, n'était plus, comme dans les deux cas précédents, le siége d'une hyperesthésie, on pouvait, sans provoquer de douleur, toucher la fourchette et la face interne des lèvres, mais dès qu'on cherchait avec le doigt à franchir l'anneau vulvaire, on sentait une puissante contraction qui empêchait de pénétrer plus loin sans employer une certaine force ; un spéculum conique et bien graissé, introduit et abandonné à lui-même, était expulsé comme une bougie conique l'est d'un canal de l'urèthre qui est le siège de contractions spasmodiques. Aucune lésion à la vulve ni au vagin. Le spasme vaginal semblait se produire quand on voulait franchir l'anneau vulvaire, exactement comme le spasme œsophagien se produisait quand le bol alimentaire franchissait l'isthme du gosier.

Du rapprochement de ces trois faits et des considérations qu'il expose à ce propos, M. de Ranse conclut que l'hyperesthésie vulvaire et le vaginisme ou contracture spasmodique du sphincter vaginal sont deux affections qui s'associent fréquemment, mais qui peuvent aussi s'observer indépendamment l'une de l'autre, et que, par consé-

quent, elles doivent être étudiées et décrites séparément, quelque opinion que l'on se fasse de leur nature ou de leur pathogénie.

Tumeurs aponévrotiques intra-pariétales siégant particulièrement chez la femme. — M. F. Guyon donne lecture d'un Mémoire sur les fibromes aponévrotiques intra-pariétaux qui n'ont été observés jusqu'à ce jour que chez la femme et qui méritent, par conséquent, une description spéciale dans un recueil gynécologique.

Ce mémoire comprend trois parties distinctes : la première est un résumé de l'histoire des fibromes aponévrotiques de l'abdomen ; la seconde comprend les quatre observations de fibromes intra-pariétaux de la région cervicale personnelles à M. Guyon, auxquels il a joint les faits analogues rapportés dans la littérature médicale ; la dernière partie est une étude comparative des fibromes intra-pariétaux du cou et ceux de l'abdomen, qui permet à l'auteur de résumer les caractères généraux de ce groupe de tumeurs et de mieux en apprécier l'origine et la nature.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Les fibromes aponévrotiques intra-pariétaux forment un groupe pathologique bien défini ;

2° Ces tumeurs ont été presque exclusivement observées dans la paroi abdominale antérieure et dans la région cervico-dorsale ;

3° On les a, jusqu'à ce jour, exclusivement rencontrées chez la femme ;

4° Elles ont toujours été observées pendant la période de la vie qui répond à celle de l'activité sexuelle ;

5° Leur marche est irrégulière ; elle paraît être très-influencée par lés fonctions génitales, menstruation, grossesse.

6° Ces tumeurs peuvent rapidement acquérir un énorme développement, mais elles restent toujours incluses dans la région où elles ont pris naissance ;

7° Elles ne s'insèrent pas directement sur les os, elles sont d'origine aponévrotique et non d'origine périostique ;

8° Elles sont opérables à toutes les périodes de leur développement ; l'opération est en général facile et rapide ;

9° Dans la paroi abdominale, elles peuvent, secondairement, prendre adhérence avec le péritoine, ce qui a conduit les chirurgiens à réséquer une partie du péritoine pendant l'opération ;

10° Ces tumeurs ne paraissent pas soumises à la récidive, ou, tout au moins, ne se reproduisent que sur place ;

11° Leur extirpation est donc indiquée et constitue le seul traitement rationnel qui puisse leur être opposé.

Considérations sur l'hypertrophie du col de l'utérus. — M. Courty

donne lecture d'une longue et intéressante communication sur ce sujet.

L'hypertrophie partielle du col de l'utérus est l'augmentation de volume limitée en un point de cet organe.

Il ne faut pas la confondre avec les tumeurs proprements dites du même organe.

Elle existe sur les parties périphériques ou sur les parties qui forment les parois mêmes de la cavité cervicale.

Cette hypertrophie partielle des parois de la cavité du col est la moins connue et la plus importante à connaître.

Elle existe le plus souvent sur la ligne médiane. Elle est souvent congénitale, tenant à un arrêt du travail de résorption de la cloison qui sépare primitivement les deux utérus, et dont les pilastres de l'arbre de la vie sont les vestiges.

L'irritation des excès de coït, l'inflammation du col après l'avortement ou l'accouchement, l'engendrent aussi ou l'augmentent.

Elle siége souvent au niveau de l'orifice vaginal, moins souvent au niveau de l'isthme, plus rarement dans la partie moyenne.

Les signes subjectifs sont quelquefois ceux d'une métrite profonde ou de dysménorrhée (pour l'hypertrophie profonde), toujours la stérilité. Le plus souvent, il a y contraste entre la stérilité persistante et l'absence d'accidents dysménorrhéiques.

Le signe objectif le plus marqué est la forme semi-lunaire de l'orifice du museau de tanche; pour l'hypertrophie supérieure, l'obstacle au cathétérisme; la dilatation par l'éponge préparée et le cathétérisme permettent de la distinguer de l'antéflexion ou de l'antécourbure.

Le traitement consiste en moyens généraux et locaux résolutifs (fondants, bains, injections, pessaires médicamenteux, hydrothérapie).

Les moyens spéciaux sont la dilatation par des tentes d'éponge préparée, les scarifications saignantes ou caustiques pour l'hypertrophie siégeant à l'isthme cervico-utérin, l'ignipuncture simple ou double pour l'hypertrophie siégeant à l'orifice vaginal.

La guérison de l'hypertrophie partielle du col entraîne la guérison de la stérilité. (*Séance du 22 mai 1877.*) Dr Lutaud.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Uterus bilocularis ou bipartitus. M. Polaillon met sous les yeux de la Société le moule d'une cavité *utérine* qui offre une forme toute

particulière et insolite. (L'observation de la malade chez laquelle ce moule été pris sera publiée ultérieurement dans les annales.) (*Séance du 7 mars* 1877.)

Organes génitaux d'une femme ayant subi l'ovariotomie, par M. Terrier. — J'ai l'honneur de présenter à la Société les organes génitaux d'une femme à laquelle j'avais fait l'ovariotomie le 20 février 1875 et dont j'ai lu ici l'observation le 5 juillet 1876.

Cette femme, dont j'avais fréquemment des nouvelles, grâce à l'obligeance de mon confrère le Dr Herbard (de Dunkerque), s'était toujours très-bien portée jusque vers le commencement de février dernier. A cette époque, et sous l'influence d'un refroidissement, elle fut prise d'une pleurésie droite, avec un épanchement énorme. Malgré un traitement rationnel : purgatifs, révulsifs, diurétiques, etc., le liquide épanché augmentant, on fit vers le commencement de mars une ponction avec l'appareil Dieulafoy. On put retirer 2,400 grammes de liquide séreux. La gêne de la respiration continua malgré cette ponction, et la malade succomba le 11 mars 1877.

Quoique faite à la hâte et par conséquent incomplète, l'autopsie permit de constater : l'absence de tubercules pulmonaires, la reproduction de l'épanchement devenu légèrement louche, le refoulement complet du poumon vers la colonne vertébrale, enfin l'existence de 3 ou 4 pseudo-membranes s'étendant du poumon à la paroi costale.

La cavité abdominale fut ouverte pour examiner l'état de l'épiploon et enlever les organes génitaux.

L'épiploon était adhérent à la paroi de l'abdomen à droite de la cicatrice ombilicale; il formait une corde assez volumineuse, qui bridait l'estomac et le divisait en deux lobes. Cet épiploon était épaissi et induré, surtout vers son adhérence pariétale, que le Dr Herbart a réséquée et que je mets ici sous vos yeux.

Il était intéressant d'examiner l'épiploon, parce que celui-ci devait contenir deux fils d'argent de la suture abdominale que je n'avais pu enlever après l'opération. Ceux-ci, en effet, furent retrouvés au milieu du tissu cellulo-graisseux, entraînés par conséquent par la rétraction de l'épiploon du côté de la cavité péritonéale. L'un des fils était encore adhérent à la partie profonde de la paroi abdominale antérieure; l'autre était situé un peu plus loin, dans l'épaisseur même de l'épiploon.

Les fils ne sont pas enkystés, légèrement colorés en noir, par une mince couche de sulfure d'argent; ils sont en rapport direct avec le tissu cellulo-graisseux qui les entoure de tous côtés.

En soulevant le paquet intestinal, pour examiner les organes génitaux, le Dr Herbart fut frappé par le volume de l'utérus qui faisait

saillie au-dessus du pubis. Du bord supérieur du ligament large du côté droit partait une bride qui adhérait à la partie inférieure de la cicatrice abdominale résultant de l'opération. Cette bride, plus large à son point d'adhérence à la paroi, n'était autre que le pédicule du kyste enlevé.

Les organes génitaux furent enlevés et me furent envoyés par le Dr Herbart.

L'utérus offre un volume évidemment anormal, et est certainement hypertrophié du côté droit, c'est-à-dire du côté où l'ovaire kystique a été enlevé.

Voici les dimensions qu'il présente, et qui ont été mesurées par M. le Dr Herbart immédiatement après l'autopsie :

Longueur : 90 millimètres.
Largeur : 70 millimètres.
Epaisseur : 30 millimètres.

La cavité utérine est notablement plus vaste que normalement. Le ligament large du côté droit offre à son bord supérieur une bride assez étendue qui adhérait à la partie inférieure de la plaie faite pour l'ovariotomie ; cette bride est constituée par le ligament de l'ovaire et la trompe.

Du côté gauche, l'ovaire est le siége d'un kyste du volume d'une tête de fœtus ; ce kyste est multiloculaire et présente une grande poche remplie d'eau.

Lors de l'opération, cet ovaire ne fut pas examiné : nous ne pouvons donc savoir depuis quand l'altération kystique a commencé. Le ligament large et la trompe sont normaux et n'offrent rien de particulier à signaler.

Un fait curieux à constater, c'est que, malgré la présence de ce second kyste et l'ablation totale de l'ovaire droit, Reine D... avait encore ses règles.

En effet, il résulte des renseignements pris par mon collègue Herbart et des lettres que j'ai reçues de mon opérée, que l'écoulement menstruel apparut régulièrement pendant les 5 mois qui suivirent l'opération. Puis il y eut absence de règles pendant 3 mois ; le quatrième, les règles reparurent.

En général elles duraient 1 jour 1/2 à 2 jours, et s'accompagnaient de quelques douleurs abdominales et d'un peu de tension du ventre (4 juin 1876). Vers la fin de l'année 1876, il y eut une nouvelle disparition des époques, pendant 2 mois (22 décembre 1876) ; puis, réapparition de l'écoulement, qui se produisit même pendant le séjour de la malade à l'hôpital de Dunkerque. Notons toutefois que les menstrues étaient devenues irrégulières.

J'ai cru devoir attirer l'attention sur ce point de physiologie, étu-

dié récemment par le Dr de Sinéty à la Société de biologie, d'autant plus que le fait rapporté plus haut vient à l'appui de l'opinion qui regarde la menstruation comme n'étant pas toujours fatalement liée à l'ovulation spontanée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Développement et ordre d'apparition des circonvolutions cérébrales et de l'expansion pédonculaire chez le fœtus. — M. H. Duret présente à l'appui de cette communication de nombreux dessins et un cerveau de fœtus qu'il doit à l'obligeance de M. Dumontpallier.

Les conclusions très-nettes et bien circonstanciés qu'il tire de son étude, peuvent se résumer de la manière suivante :

Tout le lobe occipital, qui, d'après des études récentes, semble être le siége des centres sensibles, est le plus hâtif dans son développement. Puis vient le sillon perpendiculaire interne, comme l'a annoncé M. Mathias Duval dans une récente communication. Ce n'est que bien plus tard, suivant Fleizig (1877), que se montreraient les pyramides, siége des fibres du mouvement volontaire.

Dès le 3e mois, se manifeste une dépression, qui sera la base de la scissure de Sylvius. Entre le 3e et le 4e mois, cette dépression s'accuse et devient une échancrure, qui se complétera beaucoup plus tard par les saillies des circonvolutions.

A 4 mois, on constate dans les ventricules durcis et ouverts la présence de la corne d'Ammon, analogue à une circonvolution retournée.

A cette même époque, le pédoncule, dont la partie postérieure ou sensitive est beaucoup plus épaisse et développée que l'antérieure, semble prendre son origine dans le bulbe et la moelle.

Exceptionnellement le sillon de Rolando se dessine assez bien à 3 ou 4 mois ; mais généralement c'est vers 5 ou 6 mois qu'il apparaît, et quelquefois beaucoup plus tard. Cette constatation contredit singulièrement, on le voit, l'opinion de la plupart des auteurs, qui accordent au sillon de Rolando la première place par ordre d'apparition.

Entre le 7e et le 8e mois, apparition des plis de la face externe.

Du 7e au 9e mois, développement simultané des cellules nerveuses, de la vascularisation, de l'ascension et de l'épaississement pédonculaire, et enfin des plis centraux, ce qui tend à prouver que l'écorce n'acquiert des propriétés fonctionnelles que vers la fin de la vie fœtale.

M. Duret, pour expliquer la formation de ces plis, tant centraux

que périphériques, exprime l'opinion que deux conditions exercent peut-être une influence importante, à savoir : 1° le développement en surface joint à l'action des fibres blanches ; 2° la résistance des parois crâniennes.

(*Séance du* 17 *mars* 1877.)

Signe de l'hémorrhagie vaginale post-partum. — M. Budin rapporte trois faits d'accouchement, où l'hémorrhagie de la paroi vaginale ou du clitoris a pu être diagnostiquée, à l'aide d'un signe qui semble avoir échappé jusqu'ici aux observateurs.

Ce signe est le suivant. Après le dégagement de la tête, un jet de sang rutilant peut se produire en haut ou latéralement sur le cou de l'enfant. En pareil cas, le clitoris peut être le siége de la rupture vasculaire. Ou bien, pendant que le tronc se dégage, on remarque, sur une épaule et même sur le tronc du même côté, une traînée limitée de sang rouge. Cette localisation de la tache sanguine, imprimée pour ainsi dire successivement sur la partie présentée et d'avant en arrière, a paru assez nette. Aussi, dans les trois faits relatés, M. Budin, convaincu que la lésion vasculaire portait uniquement sur la partie antérieure du vagin, et qu'une légère compression à ce niveau était ainsi naturellement indiquée, a pu porter remède à ces hémorrhagies dont le pronostic quelquefois grave est dû à l'incertitude du diagnostic.

(*Séance du* 21 *avril* 1877.)

Dr E. Hottenier.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique des ovaires et de leur traitement, par le Dr Boinet. 2e édition, Paris 1877, Masson, éditeur. Prix : 9 francs.

Nous n'avons pas à faire ici l'éloge de ce livre dont la première édition a paru en 1867 et que tous nos lecteurs connaissent déjà. Ce livre est l'œuvre d'un praticien consommé et très au courant des travaux publiés, sur la matière, en France et à l'étranger.

Dans cette seconde édition, bien que le plan suivi par l'auteur soit à peu près le même que dans l'édition précédente, nous devons cependant constater qu'un certain nombre de chapitres ont été notablement augmentés et que beaucoup de vues nouvelles s'y trouvent exposées.

Le chapitre premier est consacré à l'anatomie et à la physiologie des ovaires et des trompes de Fallope.

C'est un des chapitres les plus intéressants et où nous trouvons résumées les opinions des auteurs modernes et les découvertes les plus récentes fournies par l'étude histologique de ces organes.

Le second chapitre traite des déplacements et des hernies de l'ovaire. Les déplacements sont dus aux changements de forme et de situation des organes qui les avoisinent ou bien dépendent de l'inflammation et des dégénérescences diverses qui modifient la forme et le volume de ces organes ; quant aux hernies, elles peuvent se faire par des voies diverses et nombreuses : le canal crural, le canal inguinal, l'échancrure sciatique, l'ombilic, le vagin, les plaies de l'abdomen.

Le chapitre III est consacré à l'étude de la névralgie ovarienne, à l'ovarite aiguë et chronique et à la salpingite.

L'ovarialgie, qu'un grand nombre d'auteurs modernes ont méconnue, est étudiée avec soin et son existence mise hors de doute par l'auteur. M. Boinet fait ensuite remarquer la relation intime qui existe entre l'hystérie et l'ovaire, il cite alors le cas d'une femme sujette à des crises hystériques qui s'est vue entièrement débarrassée de ces troubles convulsifs à la suite d'une ovariotomie dans laquelle les deux ovaires avaient été enlevés. Aussi l'auteur croit-il pouvoir formuler cet aphorisme : *Point d'ovaires, point d'hystérie.*

L'ovarite, que l'auteur étudie avec d'assez longs développements, comprend plusieurs espèces que nous allons examiner. On a divisé l'ovarite :

1° Au point de vue anatomique en trois espèces : folliculeuse, parenchymateuse, péritonéale ;

2° Au point de vue étiologique en sept espèces : ourleuse, varioleuses blennorrhagique, rhumatismale, traumatique, menstruelle, puerpérale ;

3° Au point de vue clinique en trois espèces ou trois formes : suraiguë, aiguë, subaiguë ou chronique.

La salpingite, que cliniquement il est impossible de distinguer de l'ovarite, peut exister cependant indépendamment de cette affection, mais, il faut le reconnaître, elle coïncide le plus souvent avec cette ovarite, ou la métrite.

Dans les chapitres qui suivent, M. Boinet étudie les kystes de l'ovaire et les traitements divers employés dans cette maladie. Le dernier chapitre est consacré à l'hystérotomie. Cette partie du livre qui est la plus importante comprend 500 pages. L'auteur étudie successivement l'origine des kystes de l'ovaire, la classification et l'anatomie de ces kystes (chapitre IV), les symptômes, le diagnostic (chapitre V), le traitement des kystes : traitement médical, traitement

par la ponction simple ou palliative (chapitre VI), le traitement par l'injection iodée (chapitre VII), par la sonde à démeure et les injections iodées, par l'incision, l'application des caustiques, le morcellement, la suppuration (chapitre VIII), par l'ovariotomie (chapitre IX).

Les indications et les contre-indications de cette opération sont ensuite passées en revue dans le chapitre suivant (chapitre X).

Quant aux divers temps de l'opération ils sont le sujet du chapitre XI.

Nous ne pouvons étudier ces divers chapitres en détail, une analyse même très-succincte ne donnerait qu'une idée très-imparfaite de cette partie du livre. Nous engageons vivement ceux que cette question intéresse à lire ces divers chapitres, ils y trouveront résumés d'une façon très-complète et très-nette les diverses précautions qui assurent le succès de l'opération.

Dans le douzième chapitre, M. Boinet étudie l'hystérotomie pratiquée en vue de l'extirpation des tumeurs fibreuses utérines. L'auteur, sans condamner l'opération, montre cependant peu d'empressement à la conseiller. Nous croyons que M. Boinet est peut-être un peu sévère dans son appréciation. Sans doute, l'opération pratiquée en vue d'extirper une tumeur qui ne détermine que des symptômes peu graves est condamnable ; mais lorsque les troubles que cette tumeur produit doivent amener infailliblement la mort dans un espace de temps plus ou moins rapproché, nous pensons qu'on est parfaitement autorisé à recourir à l'hystérotomie.

A. Leblond.

Clinique thermo-minérale de Néris (Troisième fascicule : *De l'action des eaux de Néris dans le traitement des maladies des femmes*, par le Dr F. de Ranse, médecin consultant aux eaux de Néris. — Asselin éditeur. Paris 1877.

Nous avons déjà rendu compte dans ce journal du premier fascicule de cet ouvrage, lequel était destiné à nous initier à l'action physiologique des eaux de Néris.

Le troisième fascicule que nous venons de lire avec le plus grand intérêt est destiné à nous faire connaître les indications des eaux de Néris dans la thérapeutique des maladies des femmes.

Les données cliniques générales qui se dégagent des considérations et des faits que l'auteur a exposés peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

1° La durée de la cure thermale à Néris pour les maladies des femmes n'a rien de fixe et ne peut être déterminée d'avance. Le moment le plus favorable pour l'inaugurer est le milieu de la période intermenstruelle.

2° Les maladies des femmes offrent à considérer trois éléments principaux : un élément diathésique ou constitutionnel, un élément congestif ou inflammatoire, un élément nerveux ou névropathique. C'est de la prédominence de l'un de ces trois éléments sur les deux autres que se tire l'indication la plus pressante ou la plus importante.

3° Les eaux de Néris, par suite de leur faible minéralisation et de leur action sédative, peuvent être employées sans douleur et avec avantage dans la période subaiguë des maladies inflammatoires de l'appareil génital (métrite, ovarite, pelvipéritonite, etc.). A l'état chronique, ces phlegmasies, qu'elles soient simples ou compliquées, soit d'un état diathésique ou constitutionnel, soit d'une autre maladie ou lésion des organes génitaux, trouvent dans l'emploi des eaux de Néris une des indications les mieux justifiées.

Les résultats à la fois les plus certains et les plus complets s'obtiennent : dans les phlegmasies simples, quand les symptômes nerveux ou névropathiques prédominent ; — dans les phlegmasies compliquées de diathèse, quand la médication thermale convient également à l'état diathésique ou constitutionnel (rhumatisme, chlorose, nervosisme) ; — dans les phlegmasies compliquées d'une autre lésion, quand celle-ci est plus ou moins sous la dépendance de l'état phlegmasique (certaines déviations utérines).

4° Les névroses de l'appareil génital de la femme réclament tout spécialement les eaux de Néris ; ces souffrances sont causées par les névralgies (hystéralgie, ovarialgie, névralgie, lombo-abdominale, etc.) l'hyperesthésie vulvaire, le vaginisme, le prurit de la vulve sont à peu près constamment apaisés, en même temps que l'état morbide général ou local dont ces phénomènes nerveux sont le plus souvent symptomatiques, est lui-même amélioré.

5° Les troubles fonctionnels sont en général sous la dépendance d'un état constitutionnel ou d'une maladie locale qui fournissent dès lors la principale indication. Quelle que soit d'ailleurs la cause d'où ils procèdent et l'époque de la vie où ils se manifestent (puberté, ménopause, période de l'activité sexuelle), il faut au point de vue du traitement thermal tenir grand compte des trois éléments signalés plus haut : élément diathésique, élément congestif, élément nerveux. Appliquant ces données à la dysménorrhée (l'aménorrhée s'observe plus rarement), on peut dire que les eaux de Néris conviennent essentiellement à la dysménorrhée de forme nerveuse ; que leur action est favorable aussi dans la dysménorrhée liée à la diathèse rhumatismale; enfin que la dysménorrhée à forme congestive contre-indique ces eaux au même titre que la ménorrhagie ou la métrorrhagie.

Relativement à la stérilité, les eaux de Néris peuvent être utiles en

agissant ou en permettant d'agir sur quelques-unes des causes fonctionnelles ou organiques qui s'opposent à la conception.

6° Dans les lésions physiques et les altérations organiques de l'appareil génital, les eaux de Néris offrent parfois une ressource précieuse pour atténuer les symptômes inflammatoires ou névropathiques concomitants et faciliter ainsi l'intervention chirurgicale.

Tel est en résumé l'exposé des faits contenus dans ce travail. Nous regrettons de ne pouvoir fournir une analyse plus étendue de ce fascicule dans lequel l'auteur a fait connaître, avec une netteté de vues vraiment remarquables, les indications des eaux de Néris, dans la thérapeutique si compliquée des maladies des femmes.

REVUE DES JOURNAUX.

Section accidentelle de l'urèthre pendant l'ovariotomie. Formation d'un uretère artificiel, par le Dr Von Nussbaum, professeur à l'université de Munich.

En 1869, Simon, de Heidelberg, publiait une intéressante observation d'ovariotomie dans laquelle un uretère avait été sectionné pendant le cours de l'opération. Il s'agissait de l'uretère gauche, et dans ce cas une grande partie de l'utérus avait été enlevée en même temps que les ovaires. L'urine du rein gauche s'échappait par l'orifice utérin et le vagin en même temps que par une petite fistule abdominale qui s'était formée au niveau de l'incision. Il en résultait de tels inconvénients pour la malade que Simon tenta la cure radicale par l'ablation du rein correspondant à l'uretère sectionné.

Quoique cette opération pût être considérée comme une tentative hardie et même imprudente, elle était cependant justifiée de la part de Simon qui s'était d'abord assuré par de nombreuses expériences pratiquées sur des chiens que la vie était parfaitement compatible avec l'existence d'un seul rein.

En effet l'ablation d'un rein sain admirablement exécutée par Simon, réussit parfaitement et la malade guérit sans conserver aucun trouble de la fonction rénale.

M. Nussbaum publie aujourd'hui la relation d'une opération d'ovaritomie ; la 96e qu'il ait pratiquée et dans laquelle un uretère a été accidentellement atteint. Nous ne reproduirons pas les détails de l'opération qui fut faite selon le manuel opératoire ordinaire et semblait devoir donner les meilleurs résultats, lorsque quelques jours après l'opération M. Naussbaum trouva dans le pus qui s'échappait par l'incision abdominale une quantité considérable d'urine et il ne

lui fut pas difficile d'acquérir la certitude que l'uretère droit avais été ou enlevé avec la tumeur, ou sectionné pendant l'opération.

La malade entra cependant en convalescence assez rapidement; mais elle conserva au niveau de l'incision une fistule abdominale qui donnait issue à l'urine excrétée par le rein droit. Il en résultait de tels inconvénients pour la patiente que celle-ci demandait avec instances qu'on mît fin à son infirmité. Il fallait donc intervenir et trois procédés se présentaient à l'esprit du chirurgien :

1° Oblitérer l'uretère en vue d'observer l'atrophie du rein correspondant à l'uretère sectionné.

2° Former un uretère artificiel.

3° Suivre l'exemple de Simon et pratiquer l'excision du rein.

M. Nussbaum opta pour le second procédé.

La fistule abdominale fut d'abord dilatée avec du laminaire de manière à permettre facilement l'introduction de l'index. La malade fut ensuite chloroformée et placée dans la position de la lithotomie. Le chirurgien incisa l'urèthre et pénétra dans la vessie avec l'index de la main gauche en même temps qu'il introduisait celui de la main droite dans l'ouverture abdominale. Les deux doigts n'ayant pu se rencontrer, il fit pénétrer dans la vessie un cathéter d'homme qu'il put alors sentir très-distinctement par le doigt introduit dans la fistule. Cet examen permit de constater que le réservoir artificiel qui s'était formé pour recueillir l'urine du rein droit était situé à une certaine distance de la vessie. Le chirurgien n'ayant pu découvrir dans la vessie l'orifice de l'uretère sectionné, dut renoncer à établir la nouvelle communication par cette voie.

L'opération fut pratiquée de la manière suivante : M. Nussbaum introduisit un trocart contenant un drain dans la vessie et traversant la paroi de l'organe au point où débouchait autrefois l'uretère, il arriva à rejoindre le réservoir de l'urine au niveau de la fistule abdominale. Le drain avait environ 20 centimètres de longueur et venait déboucher au méat urinaire.

La malade fut très-affaiblie par l'opération, mais le fonctionnement de l'appareil fut satisfaisant pendant les [deux premiers jours l'urine cessa de passer par la fistule abdominale. Mais, un accident qui survint le quatrième jour vint donner des craintes sérieuses sur l'issue favorable de l'opération. Le drain qui faisait communiquer le rein et la vessie avait glissé et fut trouvé dans le lit de la malade. Le chirurgien ayant acquis la certitude que l'uretère artificiel existait encore en injectant par la fistule abdominale un liquide coloré qui vint sortir par l'urèthre ne jugea pas à propos de replacer le drain. L'événement prouva que cette opération n'était pas nécessaire, car l'urine sécrétée par le rein droit continua de passer par le nouvel uretère et il ne s'en échappa plus que quelques gouttes par la fistule

abdominale ; celle-ci se ferma au bout de trois semaines et la malade se rétablit complètement.

(*Ærzliches Intelligenz Blatt.*, 1876, et *Edinburgh medical Journal*, juillet 1876.) Dr Lutaud

---

Sur un cas d'opération césarienne après la mort de la mère avec enfant vivant. — La nécessité de cette intervention est tellement contestée qu'il a paru utile de revenir sur cette question. Dans un travail déjà ancien sur la matière (*Gaz. obstétricale* 1874, p. 149). J'ai démontré que sur 458 enfants retirés dans ces conditions, 101 étaient à l'état de mort apparente, sur lesquels 36 vécurent quelques minutes, 22 d'un quart d'heure à un jour et enfin les 43 autres furent mis en nourrice. Sans doute on pourrait désirer un plus grand nombre de succès, mais quelque restreints qu'ils soient, il en ressort l'opportunité de l'hystérotomie *post-mortem*.

Obs. — Le 16 juin 1876 une femme de 24 ans, se trouvant au terme d'une première grossesse, fut apportée à la Maternité de Munich dans un état désespéré. La perte de sentiment était presque complète, et à toutes les questions la patiente ne répondait que par un « oui ». La pupille gauche était dilatée et la partie correspondante du corps était semi-paralysée. Pendant la contraction utérine, car il y avait un commencement de travail, le membre inférieur droit se jetait de côté et d'autre alors que le gauche restait au repos. La température dans le vagin était de 39°,8, le pouls était irrégulier, oscillant entre 80 et 120 pulsations. Urines fortement albumineuses, mais pas d'œdème aux extrémités. Le méat utérin était ouvert comme une pièce de 2 fr., la tête fœtale élevée, et les battements du cœur fœtal étaient perçus très-nettement à gauche. Quatre heures plus tard, vers dix heures du soir, accès de convulsion caractérisé d'éclampsie par le médecin assistant. Après une injection sous-cutanée de 0,02 de morphine, les convulsions ne se renouvelaient plus, mais la malade resta sans mouvement et la respiration s'embarrassa de plus en plus. Vers une heure du matin la vie cessa.

Cinq minutes après, l'opération césarienne fut faite après l'incision de l'utérus. Comme le placenta était inséré sur la paroi antérieure on dut détacher un lambeau de celui-ci pour saisir les pieds de l'enfant ; malgré cet obstacle, l'extraction fut facile. L'enfant était à l'état de mort apparente mais après insufflation, acupuncture sur la région du cœur, application sous-cutanée d'un gramme d'éther, il finit par respirer d'une façon régulière. Ce succès ne fut point durable et l'enfant succomba 34 heures après l'accouchement. (Hecker. *Arch. f. Gyn*, t. X, 541.)

L'opération césarienne *post-mortem* n'a guère de chances de réus-

site quand elle est pratiquée à la suite d'une longue agonie comme c'est le cas à la suite du choléra. Au contraire, elle est indiquée dans tous les cas de mort subite ou bien quand l'agonie est de courte durée. Ainsi Winckel (*Bericht u. Studien aus dem Ent bindemgsmstitute in Dresden*, 1876, t. II, p. 86) où huit minutes après la mort d'une éclamptique il retira par cette opération un enfant qui vécut encore vingt-sept heures. La vie eût été vraisemblablement conservée si la mère n'avait pas eu sept accès éclamptiques d'une grande intensité qui avaient dû troubler considérablement la circulation placentaire. Dans le cas précédent, il n'y avait eu, il est vrai, qu'un seul accès, mais la perte prolongée de connaissance de la mère avait dû exercer une influence préjudiciable sur la vie de l'enfant.

L'opportunité ne saurait donc être sérieusement constestée ; mais il est bon, pour en assurer la réussite, d'intervenir immédiatement après la mort de la femme enceinte. Je ne sais s'il faut considérer comme des fables les quelques exemples de succès qui ont été obtenus vingt à vingt-cinq minutes après la mort, mais il est positif qu'on n'a quelques chances de réussite qu'à la condition d'intervenir quelques minutes après le dénoûment fatal. En pareille occurrence le plus tôt sera le mieux, car plus on retarde et moins on a de chances de faire l'extraction d'un enfant vivant.

Dr A. Puech.

VARIÉTÉS

Création de services d'accouchements dans les hôpitaux de Paris. — On sait que dans la plupart des hôpitaux de Paris, il existe un service d'accouchement qui est confié à un médecin ou à un chirurgien des hôpitaux. Les titulaires ont le plus souvent hâte de quitter les services pour lesquels ils n'ont pas une compétence spéciale. Aussi, pour remédier à un état de choses aussi anormal, le projet de vœu suivant vient d'être déposé au conseil municipal :

« Les soussignés,

« Considérant que la pratique des accouchements et le traitement des accidents qui les accompagnent souvent, lesquels nécessitent des opérations en général difficiles et laborieuses, exigent des connaissances véritablement spéciales ;

« Considérant que dans l'état actuel de l'organisation des hôpitaux, les salles destinées aux femmes enceintes, aux femmes en couches et aux nourrices font partie des services ordinaires de médecine consa-

crés aux maladies aiguës dont l'examen absorbe presque toute la durée de la visite des médecins ;

« Emettent le vœu :

« 1° Que l'administration de l'Assistance publique institue des services exclusivement destinés aux femmes enceintes, aux femmes en couches et aux nourrices ;

« 2° Que ces services soient confiés à des médecins-accoucheurs, de même que les services de médecine sont confiés à des médecins et le service de chirurgie à des chirurgiens ;

« 3° Que les médecins-accoucheurs soient nommés par un concours imposant aux candidats des connaissances générales et spéciales.

« Ont signé : Bourneville, Asseline, Cadet, Clavet, Collin, Fr. Combes, de Hérédia, Dr Lamouroux, Lafont, Lauth, Dr Levet, Dr Levraud, Dr Loiseau, Dr Martin, Dr Métivier, Réty, Sigismond Lacroix. »

Dans l'esprit des signataires de ce projet, le service d'accouchements des hôpitaux, ou plutôt les maternités, qu'il serait préférable de leur substituer, doivent être exclusivement réservés aux femmes qui, pour une raison quelconque, ne peuvent bénéficier de l'assistance à domicile.

Dans une lettre précédemment insérée dans les *Annales de gynécologie* (1), notre collaborateur et ami le Dr Alphonse Herrgott nous a fait connaître l'organisation si pratique et si complète des services de gynécologie et d'obstétrique de la ville de Vienne.

De son côté, M. le Dr Thaon (de Nice) a fourni sur ces mêmes services des renseignements très-complets dans le *Progrès médical* (2).

Il résulte des documents fournis par nos deux confrères que pendant qu'à Vienne es services de gynécologie et d'obstétrique sont accessibles à un grand nombre d'élèves, nous n'avons à Paris qu'une seule clinique d'accouchement où un très-petit nombre d'élèves peuvent se préparer utilement à la pratique de l'obstétrique, car nous ne devons pas compter, parmi les hôpitaux d'enseignement, la Maternité et l'hôpital Cochin, où les élèves ne sont pas admis. Il est donc très-désirable que des services de gynécologie et d'accouchement soient ouverts aux étudiants dans les divers hôpitaux de Paris. De cette façon, nous ne verrons plus un grand nombre de jeunes gens

---

(1) *Lettre sur l'enseignement obstétrical de Vienne* (*Annales de gynécologie*, octobre 1876, p. 273).

(2) Voir *Progrès médical*, 15 juillet et 21 octobre 1876.

aller chercher et acquérir à l'étranger des connaissances qu'il serait si facile de leur procurer dans nos hôpitaux au moyen d'une réforme simple et qui aurait l'assentiment de tous ceux qui s'intéressent aux progrès de la science.

A ce point de vue, donc l'initiative prise par le Conseil municipal est des plus louables et nous souhaitons vivement que la réforme qu'il propose ne reste pas à l'état de vœu. A. Leblond.

Du traitement de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés par une solution d'iode dans l'eau de laurier-cerise. — Le Dr Luton (de Reims) a communiqué à la *Société médicale de Reims* (séance du 21 mars) une note que nous trouvons publiée dans l'*Union médicale et scientifique du Nord-Est* (30 avril 1877) et que nous croyons utile de faire connaître :

I. Comme fait de matière médicale, il est certain que l'iode se dissout mieux dans l'eau distillée de laurier-cerise ordinaire, et cela dans des proportions à déterminer.

Dix gouttes de teinture d'iode disparaissent, et se décolorent entièrement dans dix grammes d'eau distillée de laurier-cerise d'une force moyenne, tandis que l'eau distillée ordinaire se colore immédiatement et laisse bientôt précipiter l'iode.

La limite inférieure de solubilité paraît être, pour l'eau distillée ordinaire, de deux dixièmes, et pour l'eau de laurier-cerise, de trois dixièmes.

Mais la diversité de réaction démontre l'inégalité de composition de la teinture d'iode, d'une part, et de l'autre de l'eau distillée de laurier-cerise, ce qui est admis. Quant au phénomène de la décoloration, il s'explique dans le cas où il se produit par la formation soit d'acide iodhydrique soit d'iodure de cyanogène, tous deux incolores en dissolution.

Ces faits étant précisés, pourraient devenir le point de départ d'un titrage exact de la teinture d'iode, et réciproquement de l'eau distillée de laurier-cerise, produits d'une composition très-inconstante.

II. Etant donnée empiriquement une liqueur contenant 1 gramme de teinture d'iode pour 20 grammes d'eau distillée de laurier-cerise, soit au 20e, et ayant à peu près la coloration d'une eau-de-vie pâle, on possède un collyre d'une puissance incontestable contre l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. Nous l'avons employée avec un succès constant et rapide depuis plusieurs mois à l'Hôtel-Dieu de Reims.

Le mode d'usage consiste à instiller, avec un compte-gouttes, le liquide entre les paupières, en quantité indéfinie, et cela 4 à 6 fois

par jour, sans compter les lotions extérieures pratiquées aussi largement que possible.

Ce traitement, dont l'efficacité l'emporte sur celle du nitrate d'argent vigoureusement appliqué, a encore cet avantage d'être aussi anodin qu'énergique, et de n'exposer à aucun inconvénient, comme la nécrose de la cornée qui peut être imputable au nitrate d'argent, manié sans prudence.

Dr LUTON (de Reims).

Nouveau journal. — Nous avons reçu le premier numéro du *Commentario Clinico di Pisa*, publication mensuelle qui paraît à Pise, sous la direction de MM. Basduzzi, Fedeli et Nerazzini.

Nous trouvons dans ce numéro la description de la nouvelle Maternité de Pise qui a été inaugurée le 10 décembre dernier. Cet établissement a été organisé dans les meilleures conditions hygiéniques et a été pourvu de tous les perfectionnements modernes. Il est annexé à l'hôpital général de la ville, dont il est cependant suffisamment isolé pour éviter toute crainte de contagion. La maternité peut contenir soixante malades.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Manuel de technique microscopique, ou Guide pratique et résumé des connaissances indispensables à celui qui commence l'étude du microscope, par P. LATTEUX. Coccoz, éditeur. Paris, 1877. In-18 broché, 5 fr.; relié, 6 fr.

La santé de l'enfant, guide pratique de la mère de famille, par le Dr GODLESKI. Doin, éditeur. Paris, 1877. 1 vol. in-12 de 215 pages; prix : 2 fr. 50.

Nouveau procédé de craniotomie par le lamineur céphalique, par le Dr WASSEIGE. Manceaux, éditeur. Bruxelles, 1877.

Ueber eine vollständige männliche zwitterbildung, par Gerhard LÉOPOLD (de Leipzig).

Gerardmer-Hydrothérapie (Résumé clinique des maladies traitées pendant la saison de 1876), par le Dr GRENELL.

Die spontane thrombose Zahlreicher uterinvenen in den letzten monaten der Schwangerschaft, par le Dr Gerhard LÉOPOLD (de Leipzig).

Maladies du système nerveux (Leçons professées à la Faculté de médecine en 1877), par le professeur VULPIAN. 1re livraison. Doin, éditeur. Paris, 1877.

Nice-médical, n° 9.

Perforation; Kranioklast; Kefalotrib, par le Dr FAYE (de Christiania).

The question of rest for women during menstruation, par Mary-Putnam JACOBY. Putnam's sons, éditeurs. New-York, 1877.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME VII

Janvier à Juin 1877.

A

B

C

D

E

M

N

O

P

R

S

FIN DE LA TABLE.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME VIII.

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les **Annales de Gynécologie** paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris.....................	18	francs.
Pour les départements........ ...	20	
Pour l'Europe.........	21	—
Pour les États-Unis d'Amérique....	23	—
Pour les autres parties du monde.	25	—

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie H. Lauwereyns, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr Leblond, rédacteur en chef, 9, rue de Mulhouse, ou à M. H. Lauwereyns, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

(MALADIES DES FEMMES, ACCOUCHEMENTS)

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, COURTY, T. GALLARD

Rédacteur en chef

Dr A. LEBLOND

TOME VIII

Contenant des travaux de MM.

Besnier (Jules), Burdel, Dockhmann, Gallard, Gautier, Goodell, Hue (Jude), Larcher, Martineau, Martin (Aimé), Pajot, Pilat, Polaillon, Saint-Vel.

1877

(2e SEMESTRE)

PARIS

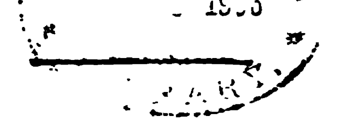
H. LAUWEREYNS, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

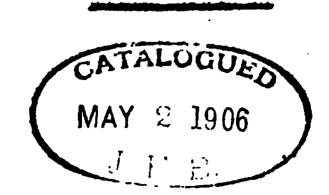
—

1877

PRINCIPAUX COLLABORATEURS



BARDY-DELISLE, présid. de la Soc. méd. de la Dordogne, chirurg. de l'hôp. de Périgueux.
BERGERON (G.), prof. agrégé à la Fac. de Paris.
BLEYNIE, prof. d'accouch. à l'école de médecine de Limoges.
BOISSARIE, ex-interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital de Sarlat.
BOUCHARD (Ch.), prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris, médecin des hôpitaux.
BOUCHUT, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.
BOURDON, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôp. de la Charité.
BROUARDEL, prof. agregé à la Faculté de méd., médecin des hôpitaux.
BURDEL, médecin de l'hôpital de Vierzon.
CHARRIER, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de Paris.
CHÉRON, médecin de la prison de St-Lazare.
CHURCHILL (Fletwood), prof. d'acc. à l'univ. de Dublin.
CLOSMADEUC, chir. en chef de l'hôp. de Vannes.
CORDES (de Genève), prof. libre d'accouchem.
COURTY, prof. de clin. chirurg. à la Fac. de Montpellier.
DELORE, ex-chirurgien en chef de la Charité de Lyon.
DELPECH, prof. agrégé à la Fac. de méd., membre de l'Ac. de méd., médecin des hôpit.
DESNOS, médecin de l'hôpital de la Pitié.
DESORMEAUX, chirurgien des hopitaux.
DEVILLERS, membre de l'Académie de médec.
DUGUET, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin des hôpitaux.
DUMAS profes. d'acc. à la Faculté de méd. de Montpellier.
DUMONTPALLIER, médecin des hôpitaux.
DUMESNIL, prof. à l'école de méd. de Rouen, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
DUPUY (L.-E.), ancien interne des hopitaux de Paris.
FAYE, prof d'acc. à l'Université de Christiania.
FERÉOL, médecin des hôpitaux.
FERRAND, médecin des hôpitaux.
FOURNIER (Alfred), prof. agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôp. de Lourcine.
GALLARD, médecin de l'hôpital de la Pitié.
GAUTRELET, prof. d'acc. à l'éc. de méd. Dijon.
GILLETTE, chir. des hop. de Paris, ex-prosect. à la Fac. de méd. de Paris.
GOMBAULT, médecin de la Pitié.
GRYNFELTT, prof. agrégé à la Fac. de médecine de Montpellier.
GUÉRINEAU, prof. à l'école de méd. de Poitiers.
HARDY (A.), prof. à la Fac. de médec., membre de l'Ac. de méd., méd. de l'hôp. St-Louis.
HERRGOTT, prof. à la Faculté de méd. de Nancy
HEURTAUX, profes. à l'école de méd. de Nantes.
JACQUET, ex-chef de clinique à l'école de méd. de Lyon.
LABARRAQUE (Edouard), ancien interne des hôpitaux de Paris.
LABAT, prof. d'acc. à l'éc. de méd. de Bordeaux.
LABBÉ (Edouard), médecin de la Maison municipale de santé.
LABBÉ (Léon), prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien de l'hôpital de la Pitié.
LARCHER (O.), anc. interne des hôp. de Paris.
LE FORT, prof. à la Fac. de méd. de Paris, chirurg. de l'hôp. Beaujon.
LEBLOND, médecin adjoint de Saint-Lazare.
LIZÉ, ex chir. en chef de la Matern. du Mans.
MARTIN (A.), médecin adjoint de Saint-Lazare.
MARTIN (Edouard), ancien interne des hôpitaux de Paris.
NIVET, prof. d'acc. à l'école de médecine de Clermont-Ferrand.
ONIMUS, membre de la Soc. de biologie.
PAJOT, prof d'acc. à la Fac. de méd. de Paris.
PARISOT, prof. adjoint à la Faculté de méd. de Nancy.
PENARD, ex-prof. d'accouchements à l'école de méd. de Rochefort.
PETER (M.), prof. à la Faculté de médecine, médecin des hopitaux.
PILAT, prof. d'acc. à l'école de méd. de Lille.
POLAILLON, prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien-adjoint de la Maternité.
POUCHET (Georges), memb. de la Soc. de biolog.
POZZI, ex-interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de médecine, prof. agrégé à la Faculté de médecine.
PUECH (Albert), médecin de l'Hôtel-Dieu de Nîmes.
RAYNAUD (Maurice), prof. agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôp. Lariboisière.
REY, prof. d'acc. à l'école de méd. de Grenoble.
RICHET, prof. à la Fac. de méd., membre de l'Acad. de méd., chirurg. de l'Hôtel-Dieu.
SAINT-GERMAIN (de), chirurg. de l'hôpital des Enfants-Malades.
SIREDEY, médecin de l'hôp. Lariboisière.
SLAVJANSKY, prof. agrégé d'accouch. à l'Acad. médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg.
TILLAUX, profes. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hop., directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.
TRÉLAT (Ulysse), profes. à la Faculté de médecine, membre de l'Ac. de méd., chirurgien de la Charité.
WORMS, méd. en chef de l'hôp. de Rothschild.





ANNALES DE GYNÉCOLOGIE

Juillet 1877.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE L'AVORTEMENT AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL. (1)

Par T. Gallard.

Messieurs,

Nous venons d'avoir à soigner, presque simultanément, dans notre salle du Rosaire, trois femmes dont l'une nous a déclaré s'être soumise volontairement à des manœuvres qui devaient avoir pour résultat de la faire avorter, dans le cas où elle se serait réellement trouvée enceinte comme elle le craignait, dont les deux autres ont fait des fausses couches, dans des circonstances qui ont besoin d'être étudiées de très-près pour qu'il soit possible de déterminer si ces deux avortements ont été naturels ou provoqués.

(1) Leçons faites à l'hôpital de la Pitié et recueillies par M. Paul Richer, terne des hôpitaux.

L'examen de ces trois faits devant me conduire forcément à traiter devant vous un certain nombre de questions relatives à l'avortement envisagé au point de vue médico-légal, je me trouve suffisamment autorisé par l'importance même du sujet à lui donner tous les développements qu'il comporte. C'est pourquoi, ne m'en tenant pas aux seuls faits dont les observations se sont déroulées sous vos yeux, je me propose de vous faire profiter des enseignements qui m'ont été fournis par les cas, plus nombreux et plus instructifs, recueillis dans les expertises qui m'ont été confiées par la justice. J'aurai soin du reste de rapprocher mes observations personnelles de celles des divers auteurs qui ont écrit sur la matière, afin de tirer de cette étude toutes les conclusions pratiques qui en pourront être logiquement déduites.

QUESTIONS PRÉLIMINAIRES. — DROIT ET JURISPRUDENCE.

L'avortement est un crime que la loi punit sans le définir, comme elle le fait pour certains autres. Ainsi, après nous avoir dit ce qu'est le meurtre (art. 295), ce qu'est l'assassinat (art. 296), ce qu'est l'empoisonnement (art. 301) et même ce qu'est l'infanticide (art. 300), le Code pénal reste muet sur la qualification qu'il convient de donner au mot avortement et se borne à édicter les peines qui lui son applicables, dans son article 317 dont je vous ferai connaître le texte dans un instant.

Il faut donc chercher ailleurs la définition de cet acte que la loi pénale entend réprimer, et, de toutes les définitions proposées, je n'en trouve pas de meilleure ni de plus complète que celle qui a été donnée par M. Tardieu dans ces termes :

« En médecine légale, on doit comprendre sous la qualification d'*avortement*, l'expulsion prématurée et violemment provoquée du produit de la conception, indépendamment de toutes les circonstances d'âge, de viabilité et même de formation régulière » (1).

---

(1) Tardieu, *Etude médico-légale sur l'avortement*, 3e édition, 1868, p. 4.

C'est avec raison que cette définition exclut toute idée d'âge ou de viabilité du produit de la conception et nous débarrasse de ces discussions parfaitement oiseuses qui ont été soulevées jadis, relativement à la détermination de l'époque à laquelle le fœtus doit être considéré comme ayant une vie qui lui soit propre. Notre loi actuelle n'a pas de ces préoccupations. Elle punit le fait de l'avortement quelle que soit l'époque de la vie intra-utérine à laquelle il se produit, à dater même de la première heure qui suit la conception, si une circonstance quelconque permet qu'il lui soit possible de le saisir à une période aussi peu avancée. Ce n'est pas à dire pour cela que le médecin légiste doive se désintéresser de toutes les considérations relatives à l'âge du fœtus, à sa viabilité, à l'état plus ou moins parfait ou défectueux de sa conformation ; ce sont là autant de considérations importantes qu'il est de son devoir de signaler dans son rapport, car elles doivent avoir une influence prépondérante sur l'esprit du juge appelé à constater la criminalité du fait et à faire application plus ou moins sévère de la peine par laquelle il convient de le punir. Mais ces considérations, si essentielles qu'elles puissent être, ne doivent occuper qu'un rang pour ainsi dire secondaire dans l'appréciation de l'acte incriminé lequel est dominé par ce fait de l'interruption violente et prématurée du cours régulier de la grossesse.

C'est pourquoi, sans doute, les auteurs du Code pénal ont tenu à éviter tout ce qui aurait pu ouvrir la porte à des discussions qui dans d'autres temps n'avaient servi qu'à entraver l'action de la justice et ont-ils adopté ces termes si généraux de l'article 317 du Code pénal, dans lequel il est dit :

« Quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, violences, ou par tout autre moyen, aura procuré l'avortement d'une femme enceinte, soit qu'elle y ait consenti ou non, sera puni de la réclusion.

« La même peine sera prononcée contre la femme qui se sera procuré l'avortement à elle-même, ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet, si l'avortement s'en est suivi.

« Les médecins, chirurgiens, et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, qui auront indiqué ou administré ces moyens, seront condamnés à la peine des travaux forcés à temps, dans le cas où l'avortement aurait eu lieu. »

Le crime d'avortement ainsi envisagé de la façon la plus générale comporte donc, d'après ce texte de loi, trois pénalités différentes suivant la qualité de la personne qui l'a commis. Une première peine, la réclusion, est prononcée contre « *quiconque* aura procuré l'avortement d'une femme enceinte. » Cette peine est applicable non-seulement à celui qui aura provoqué l'avortement, mais aussi à celui qui aura essayé de le provoquer, alors même que le résultat n'aurait pas été obtenu et cela en vertu d'un principe consacré par l'article 2 du même Code pénal d'après lequel :

« Toute tentative de crime qui aura été manifestée par un commencement d'exécution, si elle n'a été suspendue ou si elle n'a manqué son effet que par des circonstances indépendantes de la volonté de son auteur, est considérée comme le crime lui-même. »

Seulement le § 2 de l'art. 317 établit une dérogation expresse et tout à fait spéciale à cet article, en faveur de la femme qui aura consenti à faire usage des moyens destinés à la faire avorter, puisqu'il établit que, tout en étant passible de la même peine, si l'avortement a eu lieu, elle ne sera pas condamnée si la tentative n'a pas été suivie d'effet. Cette exception à la règle commune, qui peut avoir pour résultat heureux d'empêcher une femme de renouveler, par la suite, des tentatives criminelles demeurées infructueuses par suite de circonstances indépendantes de sa volonté, s'explique très-bien aussi par le désir qu'a eu le législateur d'atténuer, en partie, la sévérité dont il venait de faire preuve à l'égard des malheureuses dont la vie est si souvent compromise par les manœuvres auxquelles elles s'abandonnent et que l'ancienne loi exemptait de toute poursuite, les considérant plutôt comme victimes que comme auteurs du crime auquel elles avaient participé.

Certains jurisconsultes ont pensé que le bénéfice de cette ex-

ception devait également profiter à la troisième catégorie de personnes visées par la loi comme pouvant pratiquer des avortements, c'est-à-dire aux médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, et ils se sont fondés sur ce que après avoir prononcé contre ces derniers une peine plus forte, celle des travaux forcés, la loi décide que cette peine ne sera *appliquée que dans le cas où l'avortement aurait eu lieu.*

Mais une telle interprétation de ce paragraphe ne peut pas être admise, et elle a éte avec juste raison repoussée par la Cour de cassation.

Outre que les restrictions et les exceptions sont de droit étroit et ne sauraient être étendues par voie d'induction, il est bien évident que le législateur en rédigeant les paragraphes 2 et 3 de l'art. 317 a eu en vue deux buts fort différents : faire acte de clémence en faveur de la femme ; faire, au contraire, acte de sévérité plus grande contre les individus qui abuseraient de leurs connaissances spéciales pour commettre le crime d'avortement. Seulement, il a voulu n'exercer cette sévérité plus grande que dans le cas où le crime aurait été consommé, laissant la répression de la tentative non suivie d'effet, punie de la même peine, que cette tentative fût faite par un individu appartenant à la profession médicale ou par toute autre personne.

D'où il résulte que; en vertu de l'art. 317 du Code pénal, trois catégories de personnes peuvent être poursuivies comme coupables du crime d'avortement et encourir des pénalités différentes. Ces trois catégories de personnes sont : 1° des individus quelconques; 2° la femme elle-même ; 3° les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, parmi lesquels il convient de comprendre les sages-femmes et les pharmaciens.

La femme ne sera pas condamnée si l'action criminelle s'est bornée à une simple tentative non suivie d'effet; mais les autres auteurs de cette simple tentative seront punis de la réclusion qu'ils appartiennent ou non à la profession médicale.

Si l'avortement a eu lieu la femme sera punie de la réclusion et il en sera de même de ceux de ses complices qui n'appartiendront pas à la profession médicale, tandis que ces derniers seront punis des travaux forcés à temps.

Telle est la jurisprudence; elle est conforme à l'esprit aussi bien qu'au texte de la loi.

Parmi les tentatives d'avortement criminel non suivies d'effet et punissables en vertu de l'art. 317 du Code pénal, doit-on ranger celles exercées sur une femme qui ne serait pas réellement enceinte? Je ne le pense pas, mais, comme ces tentatives ne sont jamais innocentes et qu'elles entraînent toujours un certain désordre dans la santé de la femme qui en a été l'objet, elles peuvent très-bien être considérées comme des blessures volontaires punissables de la réclusion, en vertu de l'art. 309, si elles ont entraîné une incapacité de travail de plus de vingt jours. C'est dans ce cas que se trouvait notre jeune femme du n° 3 de la salle du Rosaire qui, après un simple retard de 8 jours dans l'apparition de ses règles, et craignant d'être enceinte, est allée réclamer l'office d'une matrone laquelle agissant sur sa matrice au moyen d'un instrument quelconque a d'abord provoqué l'écoulement sanguin attendu et, du même coup, déterminé une métrite pour laquelle nous avons soigné cette jeune femme pendant plus d'un mois.

Je ne suis pas sûr que cette femme fût enceinte et je ne pourrais dire si elle a fait ou non un avortement, mais ce dont je suis parfaitement certain et ce que je puis affirmer sans la moindre réserve, c'est que les manœuvres abortives exercées sur sa personne lui ont causé une maladie dont la guérison se fera encore longtemps attendre.

C'est là un côté de la question sur lequel je ne puis pas m'étendre plus longuement, mais que je ne devais pas passer sous silence.

Je n'aborderai pas devant vous, Messieurs, cette autre question purement juridique, qui a été également agitée, de savoir si l'auteur de violences exercées sur une femme enceinte, sans intention de la faire avorter, est passible des peines édictées par l'art. 317, si l'avortement s'est produit à la suite des coups et blessures portés volontairement par lui. C'est une question dont le médecin expert n'a pas à connaître, quoiqu'il ne puisse cependant pas se dispenser de signaler le fait dans son rapport,

et d'établir la corrélation qui peut exister entre les sévices exercés sur la femme enceinte et l'avortement qui s'en est suivi.

Mais si cette question de droit pur ne nous touche pas, il en est une autre qui nous intéresse très-vivement au point de vue de l'exercice de notre profession ; c'est de savoir si la peine prononcée contre « quiconque par aliments, breuvages, médica- « ments, violence *ou par tout autre moyen* aura provoqué l'avor- « tement d'une femme enceinte, » peut atteindre le médecin dont le traitement, soit par suite de circonstances accidentelles et indépendantes de sa volonté, soit par une intervention voulue et intentionnellement dirigée dans ce sens, aura provoqué l'avortement de la malade confiée à ses soins. Malgré les nombreuses controverses auxquelles elle a donné lieu, cette question a toujours été résolue par les magistrats de la façon la plus conforme aux règles du bon sens le plus simple et le plus élémentaire.

Il n'est pas douteux que certaines médications énergiques dirigées contre une maladie grave dont une femme est atteinte pendant sa grossesse peuvent avoir pour effet possible et même probable, d'interrompre violemment le cours de cette grossesse et de déterminer un avortement ; mais la possibilité de cet accident n'est pas une raison suffisante pour faire renoncer, de parti pris, au traitement qui peut amener la guérison de la maladie dont cette femme est affectée. Alors même que cet accident se produirait, on pourrait être en droit de se demander s'il n'a pas été causé par la maladie elle-même plutôt que par les agents médicamenteux employés. Dans tous les cas, en présence du danger que court la femme enceinte, un devoir s'impose avant tout au médecin, c'est d'aller au plus pressé en faisant tout ce qui est nécessaire pour sauver la vie de cette femme, ce qui est, en réalité, le seul moyen de sauvegarder celle de l'enfant qu'elle porte dans son sein. Dans ces cas, le médecin est à l'abri non-seulement de toutes poursuites, mais même de tout reproche. Il ne pourrait encourir une responsabilité quelconque que si la médication abortive avait été employée hors de propos et sans aucune nécessité ; mais même dans ce cas,

s'il était bien établi qu'il n'a pas eu *l'intention arrêtée et formelle* de provoquer l'avortement, il ne saurait être recherché pour ce fait, et l'action dirigée contre lui devrait se borner à une simple réparation civile, laquelle n'est prononcée par les tribunaux que dans les cas où il y a véritablement *faute lourde*.

En ce qui concerne l'avortement pratiqué par un médecin ou un chirurgien dans le but de sauver la femme dont l'existence est sérieusement menacée et compromise par le fait même de la grossesse, c'est là une de ces opérations pénibles et douloureuses qui ne sauraient être interdites à l'homme de l'art. Seulement il faut qu'il ne s'y décide qu'à bon escient et qu'il ait soin, lorsqu'il la pratique, de se mettre dans des conditions telles qu'il ne puisse être soupçonné d'avoir cherché à abriter un crime derrière l'immunité que lui confère l'exercice de sa profession. Cela est d'autant plus indispensable que, malheureusement, on a pu voir des membres indignes de la profession médicale profiter de leurs connaissances pour se livrer à la pratique des avortements et chercher ensuite à se défendre de toute intention criminelle, quand il ne leur était plus possible de nier leur intervention, en disant que cette intervention avait été justifiée par des considérations purement médicales. Il y a là, messieurs, une difficulté dont Paul Dubois a donné la solution d'une façon magistrale en traçant, avec la légitime autorité qui s'attachait à sa parole, la ligne de démarcation qui sépare l'avortement criminel de l'avortement chirurgical, pratiqué honnêtement, par un praticien consciencieux, accomplissant un des actes les plus importants de son honorable profession.

« L'avortement prévu et puni par le Code, l'avortement criminel, est un acte secret, coupable dans la pensée de celui qui « l'exécute comme dans celle de la femme qui le sollicite ou le « souffre; l'avortement provoqué par l'art, au contraire, est « une opération accomplie au grand jour, une opération qui ne « peut blesser ni la conscience de celui qui l'exécute, ni celle « de la femme qui s'y soumet, une opération enfin qui a pour

« but d'éviter un mal plus grand, de conserver l'une des exis-« tences compromises, celle assurément qui est la plus pré-« cieuse. »

Pénétrez-vous, Messieurs, de ces sages paroles, si jamais les hasards de votre pratique vous mettent dans la douloureuse nécessité de recourir à cette redoutable opération; et vous verrez que l'opinion des magistrats comme celle du public sera d'accord avec votre conscience et avec la déclaration de Paul Dubois pour proclamer hautement que « l'article 317 relatif à l'avorte-« ment criminel ne saurait s'appliquer à l'avortement provoqué « dans l'exercice régulier de l'art des accouchements. » Rappelez-vous, surtout, que la meilleure manière de vous mettre à l'abri contre tout soupçon, est de ne jamais assumer seul la responsabilité d'une telle opération et de ne la pratiquer qu'après avoir pris l'avis d'un ou de plusieurs confrères honorables et instruits.

CONDITIONS DANS LESQUELLES SE PRODUIT L'AVORTEMENT CRIMINEL.

Les statistiques que vous trouvez reproduites dans les ouvrages classiques ne peuvent vous donner aucune idée de la fréquence du crime qui nous occupe par cette raison toute simple qu'elles ne peuvent comprendre que les affaires soumises à la juridiction criminelle.

Or, vous devez savoir que non-seulement bien des avortements criminels échappent à l'action de la justice, mais encore parmi ceux qui lui sont déférés, un trop grand nombre, le plus grand nombre même, ne vont pas jusqu'à l'audience de la cour d'assises; soit que, le crime étant latent, les auteurs en restent inconnus, soit qu'il n'ait pas été possible de réunir contre eux des preuves suffisantes pour les empêcher de se soustraire à la condamnation méritée. — Dans ces conditions, les magistrats hésitent à poursuivre, tout en étant convaincus de la culpabilité des individus qu'ils font bénéficier d'une ordonnance

de non-lieu, et seulement parce qu'ils ne croient pas être en mesure de faire passer la conviction qui les anime dans l'esprit du jury dont la bienveillance est souvent extrême, surtout lorsqu'il n'a devant lui d'autre accusé que la femme qui s'est fait avorter. — Il est si facile alors de faire appel à des sentiments d'indulgence et de commisération en présentant comme un péché pardonnable, plutôt que comme un crime, l'acte auquel cette femme s'est abandonnée, car dans l'immense majorité des cas, elle a plutôt subi qu'accompli elle-même, aussi est-on toujours enclin à l'acquitter, surtout si elle comparait seule.

On l'acquitte même souvent, lorsqu'elle est entourée de ses complices, de ceux dont les excitations ou les perfides conseils, les menaces même l'ont décidée à prendre la résolution de se faire avorter, de ceux qui lui ont fourni les moyens de se procurer l'avortement ou se sont livrés sur sa personne aux manœuvres nécessaires pour le produire, et on a raison de se montrer plus sévère pour ces complices sans l'intervention desquels le crime ne pourrait pas se commettre. C'est pourquoi, vous voyez dans la plupart des affaires jugées par les cours d'assises, comparaître simultanément plusieurs accusés, parmi lesquels figurent souvent un certain nombre d'hommes. Ces hommes sont, ou les auteurs de la grossesse qu'ils ont eu intérêt à empêcher d'arriver à son terme, ou des individus appartenant, de près ou de loin, à la profession médicale qui ont fourni les moyens de provoquer l'avortement. — Dans ce nombre il a pu se rencontrer même des docteurs en médecine, mais le fait est heureusement assez rare, et on y trouve le plus souvent des déclassés de la profession qui, pour la plupart, ne sont munis d'aucun diplôme régulier. — Ce n'est, du reste, pas par des hommes que les pratiques abortives sont habituellement accomplies, ce sont généralement des femmes, trop souvent des sages-femmes ou des matrones ayant quelques notions relatives à l'art des accouchements, qui constituent le plus grand nombre des individus compromis dans les faits d'avortement. — Il y en a pour qui l'avortement est devenu une véritable industrie; elles en font pour ainsi dire métier, et lorsque

la justice les découvre, on est effrayé du grand nombre de crimes dont elles ont pu se rendre coupables.

Quand elles comparaissent devant la cour d'assises elles sont toujours accompagnées d'un certain nombre des malheureuses qui ont été leurs victimes en même temps que leurs complices; mais c'est sur elles que doit se concentrer tout l'effort de l'accusation, car c'est en les atteignant que l'on peut espérer voir restreindre, sinon supprimer tout à fait, les actes criminels auxquels elles se livrent.

On ne peut donc pas établir la fréquence de ces actes d'après le nombre des affaires jugées chaque année, puisque tant de circonstances peuvent influer sur le chiffre des poursuites exercées par les parquets, et que ce chiffre des poursuites est loin de représenter exactement le nombre des faits qui sont portés à leur connaissance.

C'est ainsi que dans l'espace de deux ans j'ai été appelé à donner mon avis, comme expert, dans 22 affaires d'avortement sur lesquelles des instructions ont été commencées par la justice, et que de ces 22 affaires 5 seulement sont venues jusqu'à la cour d'assises, quoique dans 20 on ait pu acquérir la conviction, sinon la certitude absolue, qu'il y avait eu avortement et avortement criminel.

Si modeste que soit ce chiffre, il vous prouve d'abord que la proportion des cas d'avortement connus par la justice n'est nullement en rapport avec le nombre de ceux qu'elle poursuit. Puis, il vous montre qu'il n'est pas possible d'établir le moindre rapport entre le nombre des cas connus de la justice, poursuivis ou non, et le total de ceux qu'elle ignore ; vous pouvez facilement vous en convaincre en supputant, d'après les seuls renseignements recueillis dans nos salles, combien sont multipliés les avortements provoqués qui doivent nécessairement lui échapper.

Remarquez, en effet, combien de femmes parmi celles que nous soignons pour des maladies de matrice se sont livrées, à des époques plus ou moins éloignées, à des manœuvres abortives. Les unes l'avouent sans hésitation et avec un véritable cynisme, les autres nous le laissent deviner, en nous fournis-

sant des renseignements qui ne peuvent laisser aucun doute dans notre esprit à cet égard. Les unes en petit nombre sont des jeunes filles égarées qui veulent faire disparaître les traces d'une première faute; les autres des femmes de mauvaise vie, qu'une grossesse régulière éloignerait trop longtemps de leurs habitudes de libertinage; quelques-unes, des femmes mariées, qui redoutent les douleurs de l'enfantement ou qui, d'accord avec leurs maris, ne voient que ce moyen de s'opposer à l'accroissement trop rapide de leur famille. Jugez d'après leur nombre plutôt que d'après les chiffres officiels de la statistique judiciaire de l'excessive fréquence des avortements criminels, et vous comprendrez combien M. Tardieu a eu raison de dire que (1) « ce crime est de tous, celui dont le médecin doit avoir plus à cœur d'aider la poursuite, » et combien, stimulés par l'exemple que nous a donné ce maître éminent, nous devons après lui nous efforcer de montrer que « la médecine légale est en possesion de fournir à la répression de ce crime si fréquent et si souvent impuni, des moyens beaucoup plus nombreux et beaucoup plus sûrs qu'on ne l'avait cru jusqu'ici. »

Une autre erreur de la statistique qui vous est fournie serait de vous faire croire que le plus grand nombre des avortements criminels se produisent entre le 3e et le 6e mois de la grossesse.

Déjà Orfila (2) avait dit : « Il est excessivement rare que le médecin soit appelé par les tribunaux pour décider si l'avortement a eu lieu avant le troisième mois, » et dans l'excellent Manuel de Briand et Chaudé (3), il est également noté que l'avortement criminel a lieu plus souvent du 3e et au 5e mois que dans les premiers mois de la grossesse.

Les chiffres recueillis par M. Tardieu semblent venir à l'appui de cette manière de voir, puisque sur un total de 88 avortements il en a constaté 39 de 3 à 6 mois, tandis qu'il n'y en a eu

---

(1) Tardieu. *Etude médico-légale sur l'avortement*, 3e édition, 1868, avertissemens, p. VI.

(2) Orfila. *Traité de médecine légale.*

(3) Briand et Chaudé. *Manuel complet de médecine légale.*

que 30 dans le cours des trois premiers mois et 19 seulement après. Chose remarquable, sur les 39 cas de la période la plus chargée (de 3 à 6 mois), 21 ont eu lieu dans le cours du cinquième mois. Le savant professeur donne de ce fait l'explication que voici : « Il est permis de faire observer que ce résultat est tout à fait en rapport avec les données physiologiques ; la femme avant d'en venir à cette extrémité coupable ne doit-elle pas attendre une certitude qu'elle ne peut guère avoir avant le troisième mois ; et, d'autre part, ne trouve-t-elle pas vers le cinquième mois, dans les mouvements de son enfant, un frein moral bien fait pour l'arrêter ? »

Les choses se passaient ainsi il y a peu d'années encore, mais nous pouvons dire qu'aujourd'hui il n'en est plus absolument de même. J'ai la certitude absolue d'après de nombreux faits qui sont passés sous mes yeux et dont plusieurs m'ont été soumis par la justice, que les femmes qui se font avorter n'attendent plus le troisième mois de la grossesse. Ces matrones faisant métier de pratiquer l'avortement leur donnent le conseil pressant, impérieux, de ne pas retarder autant l'application de leurs manœuvres criminelles, car elles tiennent à les employer dès que la grossesse est non pas assurée, mais même à peine soupçonnée, aussitôt après qu'une première époque de règles a manqué. C'est ainsi qu'il a été procédé en ce qui concerne notre malade du n° 13 de la salle du Rosaire, et dans bien d'autres cas à ma connaissance. Cette impatience s'explique du reste par la crainte des poursuites ; car moins la grossesse sera avancée, plus le crime sera facile à dissimuler, plus les traces qu'il laisse après lui seront promptes à disparaître, plus aisément le corps du délit pourra être détruit ou soustrait aux investigations de la justice. C'est donc un progrès que les criminels ont su réaliser pour se soustraire à la vindicte publique ; à nous, Messieurs, de nous efforcer de réaliser un progrès analogue dans l'art de diriger les investigations de la justice pour lui permettre de reconnaître l'avortement criminel, même lorsqu'il a été effectué dès les premières semaines de la grossesse. C'est ce que j'ai tenté de faire, et je vous dirai, en terminant ces Leçons, dans quelle mesure je pense avoir réussi.

MOYENS EMPLOYÉS POUR PRATIQUER L'AVORTEMENT.

Je vous ai dit, Messieurs, combien il importe, dans l'intérêt, non pas seulement de la science, mais surtout de la société et de la bonne administration de la justice, que chacun des progrès réalisés par les criminels dans l'emploi des moyens dont ils font usage, soit aussitôt suivi d'un progrès égal dans l'art de découvrir et designaler leurs manœuvres à ceux qui sont chargés d'appliquer la loi. Cela ne se peut faire qu'à une seule condition, c'est que toutes ces manœuvres nous soient parfaitement connues, d'ou naît pour moi l'obligation de vous les énumérer et de vous les décrire jusque dans leurs moindres détails.

Je ne ferai en cela que suivre l'exemple de M. Tardieu qui n'a pas été retenu par la crainte illusoire de faire connaître ces moyens et ces pratiques à ceux qui pourraient être tentés d'en faire usage. Les gens qui se livrent au crime, et surtout à ce crime si particulièrement odieux de l'avortement, n'ont rien à apprendre de nous, sinon que nous connaissons toutes leurs manœuvres et qu'avec l'aide de la science nous sommes en mesure de pouvoir les déjouer, si habiles et si cachées qu'elles puissent être. Nous, au contraire nous avons besoin de connaître toutes ces manœuvres, d'en prendre note, à mesure qu'elles se produisent, de les prévoir même au besoin, pour être à même de distinguer les avortements naturels de ceux qu'elles ont aidé à provoquer.

La loi énumère ainsi les moyens qui peuvent être employés pour déterminer l'avortement : « *aliments*, *breuvages*, *médica-* « *ments*, *violences ou tout autre moyen*.» Ce qui réduit, en définitive, les agents abortifs à deux groupes principaux comprenant: l'un les substances médicamenteuses qui agiraient après avoir été absorbées et en vertu d'une action toute spéciale, leur appartenant en propre; l'autre les manœuvres, dont les unes brutales constitueraient des violences évidentes, exercées soit directement soit indirectement sur la matrice; dont les autres, plus habilement dissimulées n'auraient pas extérieurement le

même caractère, tout en étant bien réellement au fond de véritables violences, exercées tant contre l'organe gestateur, la matrice, que contre le produit de la conception enfermé dans cet organe, d'où il s'agit de le faire sortir prématurément.

En les envisageant ainsi nous rangerons les moyens abortifs en trois classes principales qui comprendront : 1° les substances administrées à l'intérieur; 2° les moyens indirects, dont les uns peuvent, ainsi que ceux de la classe précédente, être considérés comme de véritables médicaments, dont les autres constituent des violences extérieures; 3° les manœuvres exercées directement sur la matrice et qui, malgré la douceur apparente de quelques-unes, sont toutes de véritables violences.

I. — Substances abortives.

Rien n'est moins prouvé que l'action abortive attribuée à certaines substances tirées de la matière médicale. Des agents qui jouissent dans le public de cette réputation, les uns sont complètement et absolument inoffensifs, les autres ont une action perturbatrice et parfois même toxique, extrêmement énergique qui, en provoquant de graves désordres dans l'organisme, suffit à déterminer l'avortement. Parmi les premiers figurent l'armoise, l'absinthe, le safran, l'apiol et même la vanille, le genièvre, la camomille, la mélisse, etc., en un mot toutes les substances ayant une action un peu stimulante, et qui, à ce titre, ont pu être prescrites comme emménogogues, en vue de faciliter l'éruption des règles.

C'est en vertu de cette action qu'on a pu les considérer comme abortives ; mais je dois à la vérité de reconnaître que, si elles ont été employées des milliers et des milliers de fois, dans ce but, jamais elles n'ont pu déterminer, à elles seules, le résultat recherché.

Cependant leur emploi prolongé ou leur présence en provision notable peuvent constituer sinon une preuve, au moins une présomption de tentative d'avortement. Il est vrai que cette présomption peut bien ne pas être toujours parfaitement fon-

dée; ainsi je vous raconterai bientôt le fait d'un jeune élève en pharmacie, dont la maîtresse était morte des suites d'un avortement provoqué et sur qui les soupçons se dirigèrent avec d'autant plus de persistance que l'on avait trouvé chez lui toute une collection de notes relatives à l'action de l'apiol, sur les propriétés médicamenteuses duquel il préparait un travail.

A côté de ces substances, qui sont parfaitement inoffensives, on en emploie souvent d'autres dont l'action est plus énergique; dans le nombre il faut ranger l'iode et les iodures. Tardieu cite un cas dans lequel MM. René Dumas et Fuster de Montpellier n'auraient pas hésité à attribuer l'avortement à l'ingestion d'une potion de 150 grammes contenant 4 grammes d'iodure de potassium, qui aurait été administré à une femme enceinte de 4 mois. J'ai assez souvent prescrit, sans le moindrè inconvénient, de l'iodure de potassium à dose même plus considérable à des femmes enceintes, pour pouvoir vous assurer que le résultat observé dans ce cas est loin d'être constant, aussi je n'hésite pas à contester les propriétés abortives des préparations iodurées.

On a contesté de même, et non sans raison, celle de substances plus actives, telles que l'if, la sabine, la rue, l'ergot de seigle, l'aloès, et Ollivier d'Angers n'hésite pas à dire que l'action spéciale de ces substances dites abortives est loin d'être démontrée. A mon avis, il est complètement dans la vérité et je suis tout disposé à partager cette manière de voir, à laquelle M. Tardieu s'est aussi rangé, mais à la condition de faire la réserve que voici : Non, quoique l'on en ait dit, ni les diverses observations que l'on a citées, ni les recherches si intéressantes de M. Hélie de Nantes sur la sabine, ne prouvent pas que ces substances aient une action abortive spéciale; mais des faits parfaitement authentiques démontrent que dans un certain nombre de cas, l'avortement peut se produire après usage de ces substances, par suite de l'action générale qu'elles exercent sur l'organisme, action qui prend alors tous les caractères et tous les symptômes d'un véritable empoisonnement. De même qu'une femme enceinte avorte dans le cours d'une maladie grave, de même elle peut avorter si elle a pris une dose de tartre stibié, ou

d'arsenic, ou de tout autre agent toxique suffisante pour que sa santé soit profondément altérée ; elle avortera même si elle fait un usage un peu prolongé de purgatifs drastiques, que ce soit de l'aloès, de la gomme-gutte, de la coloquinthe ou de l'huile de croton. Et cependant ces médicaments ne figurent pas sur la liste des substances abortives, quoique leur action soit absolument identique à celle de la rue, ou de la sabine dont le principal effet est de déterminer une violente inflammation des voies digestives.

Lors donc, Messieurs, que vous vous trouverez en présence de cas dans lesquels ces substances auront été administrées, ne vous en laissez pas imposer par leur intervention et gardez-vous de leur attribuer l'avortement, qui devra dépendre d'une toute autre cause bien plus réellement efficace. Ce n'est pas à dire que le renseignement fourni par le fait même de l'administration de ces substances devra être négligé ; il vous sera au contraire d'un précieux secours en révélant l'intention criminelle qui a présidé à leur emploi ; car, comme l'a fort bien dit Bouchardat (1) : « La rue et la sabine sont deux substances vénéneuses qui intéressent plutôt aujourd'hui le thérapeutiste que le médecin légiste. »

Comme les substances plus innocentes, dont je vous parlais précédemment, elles sont, ainsi que l'ergot de seigle—dont l'effet abortif n'est pas mieux démontré, malgré son action spéciale sur les fibres utérines,—employées souvent, à titre de première tentative, de préliminaire si je puis ainsi dire, par les femmes qui sont décidées à se faire avorter.

Ces diverses substances, dont l'action est insuffisante dans ce cas, sont aussi employées, avec plus de succès, à titre d'adjuvant, pour hâter l'expulsion du fœtus lorsqu'elle a été provoquée par des manœuvres exercées directement sur la matrice, c'est alors que leur action est réelle et que l'ergot de seigle, en particulier, joue un rôle important dans l'acte criminel de l'avortement. C'est pourquoi je vous disais, il y a un instant, de ne

(1) Bouchardat, Formulaire, 7e édition, p, 185.

pas vous laisser dérouter par ces divers agents, lorsque vous pouvez acquérir la certitude qu'ils ont été employés, car s'ils ne peuvent que très-rarement être l'instrument principal du crime, ils figurent très-souvent au nombre de ceux qui ont aidé à le commettre.

Malheureusement nous n'avons à notre disposition que bien peu de moyens de reconnaître la présence de ces divers agents toxiques. La chimie est impuissante à les retrouver au sein des tissus, et, ni les symptômes qu'ils produisent, ni les lésions cadavériques qu'ils déterminent ne sont assez caractéristiques pour nous éclairer complètement. Cependant, lorsque vous aurez constaté qu'une femme a eu des vomissements fréquents, avec diarrhée plus ou moins abondante, qu'elle a éprouvé des lipothymies et des syncopes, si surtout vous trouvez des signes d'une inflammation gastro-intestinale nettement accusée, vous pourrez, sinon affirmer, au moins soupçonner l'action d'un des agents qui nous occupent actuellement, et peut-être qu'en cherchant bien, vous parviendrez à retrouver, soit dans les déjections, soit dans les replis de la muqueuse des voies digestives, quelques fragments de la substance ingérée, que vous reconnaîtrez à ses caractères physiques.

Dans bien des cas vous n'aurez même pas besoin de ces investigations minutieuses, et l'instruction vous apprendra, soit par les déclarations des témoins, soit par la saisie d'ordonnances ou de médicaments en nature, quelles ont été les substances administrées à la femme soupçonnée de s'être fait avorter. Il ne vous restera plus alors qu'à rapprocher ces renseignements de ceux qui vous auront été fournis par l'analyse des symptômes et des lésions cadavériques, pour tirer de ce rapprochement toutes les déductions propres à éclairer la justice.

II. Moyens indirects.

De même que les substances abortives, les moyens indirects dont j'ai à vous parler maintenant ne parviennent que dans des cas extrêmement exceptionnels à déterminer à eux seuls l'avor-

tement ; mais ils sont souvent employés à titre de premier expédient, et parfois aussi ils aident à terminer, à compléter l'action criminelle, souvent même ils ont pour objet de la masquer en détournant l'attention d'un autre côté.

A. Bien peu de femmes désireuses de se faire avorter ont négligé d'avoir recours, pour faire revenir leurs règles, soit à des pédiluves plus ou moins irritants, soit à des bains simples ou composés pris très-chauds, soit à des sinapismes appliqués tant aux cuisses que sur les seins.

B. Ces moyens échouant comme c'est la règle, beaucoup emploient ensuite, et il y a un certain nombre d'années on employait bien plus encore les émissions sanguines. Les sangsues en grand mombre appliquées principalement à la vulve, les saignées répétées, soit du bras, soit même du pied, quoique ces dernières aient été en grande faveur, sont autant de moyens dont l'inefficacité ne peut pas même être contestée.

Mauriceau a rapporté les observations de deux femmes qui accouchèrent à terme, quoi qu'elles eussent été saignées l'une 48 fois et l'autre 90 fois, dans le cours de leur grossesse. Mais si ces moyens ne déterminent pas l'avortement, ils sont de ceux qui peuvent nous mettre sur la voie des tentatives qui ont pu être faites en vue de le provoquer. Lors donc que vous serez chargé dans une expertise d'examiner une femme soupçonnée de s'être fait avorter, vous devez rechercher, avec soin, les traces de sangsues ou de saignées qu'elle peut présenter et lui demander des renseignements très-précis sur les circonstances qui ont motivé les émissions sanguines dont vous aurez ainsi découvert l'existence.

C. Pas plus que les bains ou les émissions sanguines, les fatigues excessives ou prolongées ne peuvent être une cause efficiente d'avortement. Il en est à peu près de même de la constriction exercée sur l'abdomen, à moins qu'elle n'atteigne un degré excessif et devienne ainsi compromettante non-seulement pour la vie du fœtus, mais aussi pour celle de la femme enceinte. Cette constriction ne peut, du reste, avoir d'effet utile

que dans les derniers mois de la grossesse. Comme cela avait eu lieu dans un cas relaté par MM. René, Alquié et Dumas, de Montpellier, et elle rentre alors dans la catégorie des violences extérieures dont nous allons nous occuper.

D. Les coups, chutes et autres violences extérieures exercées sur le corps de la femme, surtout quand leur action porte directement sur le ventre, peuvent être de véritables causes d'avortement. Bien des malheureuses ont le courage de s'y exposer volontairement et on en voit qui se donnent elles-mêmes des coups sur le ventre, qui se laissent choir d'un lieu élevé, qui roulent dans les escaliers pour déterminer un avortement qu'elles ne parviennent pas toujours à obtenir. M. Brillaud Lavardier a rapporté le fait d'un paysan qui, prenant en croupe une femme enceinte de ses œuvres, partait au galop de son cheval, et, après l'avoir ainsi vigoureusement secouée, la jetait à terre sans s'arrêter. Cette brutale tentative fut renouvelée deux fois, sans le moindre succès, et on peut citer bien d'autres exemples de cette résistance à l'avortement, opposée à la facilité si grande avec laquelle tant d'autres femmes, désireuses d'être mères, font des fausses couches sous l'influence de la plus légère secousse, d'une chute dans leur appartement, d'une simple promenade en voiture.

Il en résulte que ce qui intéresse le plus le médecin légiste, c'est moins de savoir si ces moyens ont pu servir à provoquer un avortement criminel — car, en cas pareil, ce qui constitue la criminalité, c'est l'intention plutôt que le fait — mais bien de déterminer si derrière les coups, les violences extérieures, dont la réalité s'établit par des traces matérielles telles que les ecchymoses, ne se cachent pas d'autres manœuvres qui ont pu être plus efficacement employées. C'est là un point très-délicat et très-important des recherches médico-légales auxquelles peuvent donner lieu les expertises relatives à l'avortement. C'est dans ces conditions que s'est présentée à nous la malade couchée au n° 21 de notre salle du Rosaire, et nous allons rechercher ensemble s'il y a lieu de la considérer comme s'étant fait volontairement avorter.

C'est une femme âgée de 23 ans, qui paraît de constitution robuste et me dit exercer la profession de couturière.

De son interrogatoire, il ressort que cette femme bien portante et bien réglée jusqu'en 1875 a eu à cette époque une grossesse, avec accouchement à terme.

L'enfant est mort à 7 mois. A la suite de ce premier accouchement elle a été malade pendant 8 mois durant lesquels elle a été traitée, d'abord chez elle, puis à l'hôpital temporaire pour une péritonite qui semble avoir été localisée au petit bassin, et, vers la fin de son séjour, pour une ulcération du col de la matrice.

Depuis lors ses époques menstruelles furent moins régulières, tantôt de 8 ou 10 jours en retard, tantôt en avance et s'accompagnant de douleurs lombaires ou hypogastriques. De plus, elle avait, dans l'intervalle de chaque époque, un écoulement leucorrhéique assez abondant.

Pendant les derniers mois de 1876, les règles se sont accompagnées de douleurs un peu plus violentes que d'habitude, elles ont été de plus longue durée et plus abondantes. L'écoulement de sang était parfois suspendu un ou deux jours pour reparaître après avec une perte de caillots. L'époque menstruelle durait alors 8 jours au lieu de 4.

Les règles de janvier ne se montraient pas et la malade dit que supposant un simple retard, elle ne s'en inquiéta nullement.

Mais, dans le courant de février, les règles n'étant pas revenues, elle prit des purgatifs, des boissons chaudes, des bains chauds et s'appliqua des sinapismes sur les membres inférieurs pour tenter de faire revenir ses règles qui, malgré cela, ne se montraient pas davantage.

Elle alla alors consulter un médecin-pharmacien donnant des consultations gratuites. Celui-ci constatant de l'anémie avait ordonné simplement des bains et des toniques; et sur la demande de la malade, il lui aurait laissé prendre de l'armoise sans lui faire d'ordonnance.

Après cette consultation, elle renouvela les purgatifs et les bains, fit des courses assez longues sans intention, unique-

ment, dit-elle, pour ses occupations habituelles, et quelques jours après elle prit deux tasses d'infusion d'armoise. Elle éprouva des douleurs très-vives dans le bas-ventre et perdit quelques gouttes de sang, mais les règles ne prirent pas leur cours régulier c'est alors qu'elle se crut véritablement enceinte et nous dit qu'elle cessa de s'occuper de son état.

Pourtant elle raconte que peu de temps après elle fit une chûte sur le dos, dans un escalier, mais que cette chute n'a eu aucune conséquence. Le surlendemain elle fit une seconde chute dans laquelle le bas-ventre porta violemment sur les deux bras d'un fauteuil.

Elle explique cette dernière chute en disant que la nuit, descendant du lit, elle mit le pied sur le bord d'un tabouret qui se renversa. (Plus tard, elle déclara que les ecchymoses étaient le résultat de coups de pied qu'elle aurait reçus de son amant.)

Dans la matinée qui suivit cette chute, ses règles apparurent avec de vives douleurs dans le bas-ventre. C'était le 27 février. Le sang vient clair, sans grande abondance pendant deux jours, après quoi elle perdit des caillots multiples peu volumineux, de coloration noirâtre, sans qu'aucun d'eux ait présenté rien de plus remarquable que les autres et d'ailleurs elle dit ne les avoir pas examinés attentivement. Elle ajoute qu'à ce moment et par une sorte de contradiction elle ne songeait plus à la grossesse.

Dimanche dernier 4 mars, l'écoulement sanguin se suspendit pour reprendre le lundi. C'est le mercredi suivant que, voyant cette perte se prolonger avec des douleurs assez vives, elle se décida à venir demander des soins à l'hôpital.

L'examen de cette femme permet de constater des traces de sinapismes à la face interne de la partie supérieure des deux cuisses, et deux ecchymoses à la région sous-ombilicale, de chaque côté de la ligne médiane. Ces ecchymoses sont arrondies, ayant chacune environ 5 à 6 centimètres de diamètre et distantes l'une de l'autre de 15 à 20 centimètres. Elles présentent une coloration jaunâtre à la périphérie et noirâtre par places, ce qui indique une contusion assez violente des parois de l'abdomen remontant au moins à cinq ou six jours.

Le ventre n'est pas déformé, l'utérus ne peut être senti par la palpation hypogastrique.

Les organes génitaux externes sont de coloration normale, non violacés et ne présentent aucune trace de violence.

Le toucher des organes génitaux internes dénote que le col de l'utérus est gros, de consistance à peu près normale, non entr'ouvert. Les parties environnantes sont souples et saines.

A l'examen au spéculum, on constate, outre l'augmentation de volume du col, et l'état non entr'ouvert de son orifice, la coloration d'un utérus sain et non gravide. A l'entrée de l'orifice utérin, on voit un petit bourgeon rougeâtre, de la grosseur d'un grain de millet, et il s'écoule, par cet orifice, des mucosités mêlées de sang. Les seins ne présentent rien de notable.

En résumé, nous sommes en présence d'une femme un peu anémique qui a eu, à la suite d'une grossesse, en 1875, des lésions du côté de la matrice et des organes environnants.

N'ayant point vu ses règles du mois de janvier dernier, elle a fait, dans le courant du mois de février, diverses tentatives pour les faire revenir, ces tentatives ont consisté dans l'emploi des emménagoges, des bains et des boissons chaudes, marches prolongées, purgatifs, etc., tous moyens réputés vulgairement abortifs, mais en réalité, comme je viens de vous le dire, d'une efficacité plus que douteuse.

Ces moyens n'ayant pas réussi la malade se croyant enceinte, fit alors les deux chutes successives, qui dit-elle, furent accidentelles, mais dont l'interprétation doit être réservée en raison des précédents et de la localisation de la seconde contusion et des différentes versions qu'elle donne sur son origine.

D'après ce que nous venons de voir, une première donnée ressort d'une façon incontestable, c'est que cette fille, se croyant enceinte, a eu recours à des moyens divers pour rappeler ses règles ; elle avait donc l'intention bien arrêtée de faire cesser sa grossesse, si tant est qu'elle fut enceinte.

Les premiers moyens sont restés inefficaces et plus tard elle a fait des chutes, elle a reçu, sur le ventre, des coups dont l'ecchymose constatée dans cette région est la trace irrécusable.

Ces coups ont-ils été accidentels ou volontaires, c'est un point que nous ne pouvons élucider et qu'il appartiendrait à l'instruction d'établir. S'il était acquis qu'ils ont été portés, ou pour mieux dire reçus volontairement, il en résulterait forcément une preuve de plus des tentatives d'avortement démontrées par l'emploi des moyens qui ont précédé.

Quoiqu'il en soit, une métrorrhagie a suivi ces chutes et nous trouvons aujourd'hui des signes d'une métrite chronique incontestable.

Il est possible que cette métrorrhagie n'ait été autre chose qu'un des symptômes de l'avortement qui a pu avoir lieu à ce moment; mais, vu l'époque peu avancée de la grossesse au cas où elle aurait réellement existé, vu l'absence de tout examen des caillots expulsés, dans lesquels rien ne nous révèle la présence d'un produit de conception, nous ne possédons pas des éléments d'appréciation suffisants pour pouvoir affirmer que cette femme était enceinte, pas même qu'elle ait avorté, encore moins qu'elle ait fait un avortement criminel, quoique toutes les tentatives auxquelles elle s'est livrée prouvent qu'elle en avait fermement l'intention. Mais vous vous rappelez que la femme ne peut pas être condamnée si les tentatives d'avortement pratiquées sur sa personne n'ont pas été suivies d'effet.

Cet exemple vous montre, messieurs, combien la vérité est souvent difficile à découvrir dans les cas où des violences extérieures ont été exercées sur la personne de la femme enceinte.

Nous allons passer maintenant au troisième ordre de causes capables de déterminer l'avortement criminel, les violences exercées directement sur la matrice ou sur le produit qu'elle renferme.

(A Suivre.)

ACTIVITÉ DE LA FONCTION OVARIENNE

MALGRÉ L'ABSENCE DE LA MENSTRUATION (1).

Par les Docteurs Siredey et De Sinéty

Le rapport qui existe entre les dimensions du corps et du col de l'utérus de la femme varie, comme on le sait, aux différentes périodes de la vie.

Ainsi, tandis que chez la vieille femme la cavité du corps l'emporte sur celle du col de 10 à 12 millimètres, chez la nullipare ayant subi les approches sexuelles, les deux cavités sont à peu près égales. Et chez le fœtus la cavité du col l'emporte de 16 millimètres sur le corps, d'après Guyon (2).

Les particularités anatomiques que présente l'utérus du nouveau-né peuvent persister pendant toute la vie de la femme. Nous n'insisterons pas ici sur les détails de cette anomalie désignée sous le nom d'*utérus fœtal*, détails que l'on trouvera développés dans tous les traités de gynécologie (3).

Dans la plupart des autopsies où on a rencontré un utérus fœtal, l'arrêt de développement portait, non-seulement sur

(1) Note communiquée à la Société de Biologie dans la séance du 2 juin 1877.

(2) *Etude sur les cavités de l'utérus à l'état de vacuité*, par Guyon (*Journal de la physiologie de l'homme et des animaux*, t. II, 1859, p. 408.

(3) Consultez en particulier à ce sujet :

Le Fort, *Des vices de conformation de l'utérus et du vagin*, thèse de concours. Paris, 1863, p. 78.

Courty, *Traité des maladies de l'utérus*. Paris, 1872, p. 84.

Scanzoni, *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme*. Trad. française, 1858, p. 58.

Klob, *Pathologische anatomie der Weiblichen sexualorgane*. Wien, 1864, p. 46.

Beigel, *Krankheiten der Weiblichen Geschlechtes*, Stuttgard, 1875, p. 200.

Schrœder, *Handbuch der Krankheiten der Weiblichen Geschlecht organe*. Leipzig, 1875, p. 38, etc.

l'utérus, mais encore sur ses annexes et les ovaires en particulier.

Il y a cependant un assez grand nombre d'observations où, avec un utérus fœtal (1), infantile, pubescent (2) et même rudimentaire (3), on trouvait des ovaires normalement développés et contenant des follicules de Graaf et des cicatrices.

Mais à l'époque où la plupart de ces observations ont été publiées, on ne savait pas que, non-seulement chez la femme adulte (4), mais même chez l'enfant (5), surtout dans les quelques jours qui suivent la naissance (6), un certain nombre de follicules, après avoir atteint un développement considérable reviennent sur eux-mêmes et disparaissent, sans avoir expulsé leur contenu.

Les cicatrices résultant de ces follicules atrésiés ne peuvent pas se différencier, à l'œil nu, de celles qui proviennent de la régression d'un follicule après expulsion de l'ovule. En outre, on croyait que l'aspect irrégulier, bosselé et comme cicatriciel que présente si fréquemment l'ovaire de la femme, était un indice de follicules rompus. L'un de nous a eu l'occasion d'insister sur ce fait, que souvent cette apparence cicatricielle de la surface ne coïncide nullement avec des follicules déchirés, et qu'au-dessous de ces sillons cicatriciels on ne rencontre aucune trace de corps jaune plus ou moins ancien (7).

---

(1) Duplay, *Archives générales de médecine*, 1834, 2e série, t. IV, p. 418.

(2) Puech, *Annales de Gynécologie*, 1874, t. I, p. 286.

(3) Kussmaul, *Von der Mangel U. S. W. der Gebarmutter*. Wurzburg, 1859.

Leudet, *Comptes-rendus de la Société de Biologie*, 1861, p. 123.

Villard, *Société anatomique*, 1870, p. 281.

Girard, *Id.*, p. 378.

Robert Barnes, *Traité des maladies des femmes*. Trad. française, Paris, 1876, p. 143.

Brown, *Americ. journ. of medic. science*, oct. 1872. (Anal. dans Jahresbericht, 1873, t. II, p. 656.

(4) Slawjanski, *Archives de physiologie*, 1874, p. 213.

(5) Slawjanski, *Archives de Virchow*, t. LI, p. 476.

(6) De Sinéty, *Archives de physiologie*, 1875, p. 119.

(7) Examen des organes des organes génitaux d'une hystérique, par de Sinéty, *Archives de physiologie*, 1876, p. 804.

Ces considérations nous permettent de dire, que dans la plupart des faits publiés jusqu'à ce jour, on ne peut pas conclure des descriptions anatomiques données par leurs auteurs, que les ovaires fonctionnaient, c'est-à-dire que des ovules avaient été expulsés de leurs follicules. C'est à ce point de vue qu'il nous a paru intéressant de publier l'observation suivante, complétée par un examen histologique des organes génitaux et des deux ovaires en particulier.

Il s'agit d'une femme de 38 ans, entrée au mois de janvier dernier à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Siredey, où elle a succombé à une tuberculisation pulmonaire. Nous laisserons de côté les détails se rapportant à l'affection thoracique, pour ne nous occuper que de ce qui concerne les organes génitaux. Cette malade, dont l'aspect extérieur ne présentait rien de particulier, n'avait jamais été réglée.

Vers l'âge de 12 ans elle avait commencé à ressentir des douleurs lombaires, qui revenaient périodiquement tous les mois, et coïncidaient souvent avec des accès de migraine. En même temps survenait pendant un ou deux jours un écoulement blanc, mais jamais de sang ni de liquide même teinté en rouge.

Le mariage qui avait eu lieu à 26 ans, n'avait modifié en rien l'état général de cette femme, qui était toujours restée stérile. Depuis quatre ans, les divers troubles qu'éprouvait la malade avaient complètement disparu, ainsi que l'écoulement blanc qui les accompagnait d'ordinaire. Les renseignements fournis par le toucher vaginal étaient absolument négatifs.

A l'autopsie on pouvait constater que les organes génitaux externes étaient normaux. Quelques adhérences anciennes se montraient sur divers points des organes génitaux internes.

Utérus. L'utérus présente, à l'extérieur, l'apparence de cet organe adulte à l'état normal, (6 centim. environ de long). En pratiquant une coupe longitudinale de l'organe on est frappé de l'épaisseur des parois (15 millim.) et des petites dimensions de la cavité, qui ne mesure en tout que 45 millimètres. En outre les 4/5mes sont constitués par la cavité du col et la cavité du corps est presque nulle, absolument comme ce que l'on observe chez le nouveau-né.

Sur des coupes faites après durcissement (alcool, acide picrique, gomme et alcool) et colorées soit au picrocarminate, soit à la purpurine, on observe certains faits intéressants.

Les glandes du col sont moins développées que dans l'utérus adulte normal.

Le revêtement de la muqueuse du corps ne consiste qu'en une couche de cellules épithéliales. Cette couche sur certains points s'enfonce dans le tissu sous-jacent pour former des dépressions plus ou moins profondes, mais nulle part on ne rencontre de véritables glandes, comparables aux glandes en tube du corps de l'utérus adulte. Cette disposition de la muqueuse s'observe normalement aussi chez le nouveau-né.

Les altérations cadavériques subies par l'épithélium ne permettaient pas d'en spécifier les caractères.

Le parenchyme utérin est extrêmement riche en vaisseaux. On y observe principalement un très-grand nombre de grosses artères, à parois épaisses, entourées d'une large zone d'un tissu conjonctif.

Sur beaucoup de points, le tissu conjonctif aussi bien que les faisceaux musculaires étaient infiltrés de petites cellules fortement colorées par les réactifs. (Éléments embryonnaires ou globules blancs.)

L'abondance des vaisseaux diminuait de la périphérie vers le centre de l'organe. Cet état du parenchyme utérin paraissait donc être consécutif à la périmétrite dont les fausses membranes et les nombreuses adhérences, observées à l'autopsie, étaient une preuve indubitable.

Ovaires. On voyait à la surface des ovaires des fausses membranes peu épaisses, mais qui augmentaient cependant légèrement les diamètres apparents, de ces organes. La mensuration donnait en effet pour l'ovaire droit 50 millim. de long, 30 de haut et 15 millim. d'épaisseur, et pour le gauche 45 millim. de long, 30 de haut et 15 d'épaisseur.

L'examen histologique des coupes pratiquées sur ces deux ovaires nous montre de nombreuses cicatrices, à diverses périodes régressives. Les cicatrices présentent tous les caractères des corps jaunes, dits faux corps jaunes ou corps jaunes de la menstruation. Plusieurs possèdent un diamètre considérable et atteignent jusqu'à 8 et 9 mill. dans leur plus grand diamètre.

On observe aussi des follicules normaux mesurant jusqu'à 4 milli. et quelques follicules primordiaux contenant leur ovule. Il existe en outre un petit nombre de cicatrices résultant de l'atrésie des follicules de Graaf, c'est-à-dire des follicules dégénérés et revenus sur eux-mêmes, sans avoir expulsé leur ovule.

Mais les follicules atrésiés sont très-peu nombreux relativement à la quantité de ceux qui ont subi la déhiscence. Je dois ajouter qu'un ou deux de ces derniers présentaient les caractères d'une rupture récente.

Nous n'insisterons pas ici sur les différences histologiques qui existent entre ces deux espèces de productions régressives; Il nous suffit de signaler le fait et de faire observer que le nombre de folli-

cules atrésiés ne dépassait pas ce que l'on a coutume de rencontrer chez la femme adulte à l'état normal.

La disposition des vaisseaux présentait aussi, dans ces ovaires, quelques caractères spéciaux. Outre les vaisseaux que l'on rencontre ici, comme à l'ordinaire, dans la substance médullaire, on voyait encore, tout à fait à la superficie, une riche vascularisation, provenant des fausses membranes organisées qui revêtaient en beaucoup de points la surface ovarique

Malgré ces adhérences, l'épithélium de revêtement de l'ovaire était conservé et sur certaines parties paraissait se prolonger et revêtir la face inférieure des fausses membranes.

Pour les ovaires comme pour l'utérus, nous observons dans ce cas-ci une vascularisation considérable, s'avançant de la périphérie vers le centre de l'organe et résultant très-probablement de pelvipéritonites dont nous avons déjà eu l'occasion de signaler les traces (1).

Si dans ce cas-ci on s'était contenté d'un examen superficiel, l'apparence extérieure de l'utérus et des ovaires l'aurait fait considérer comme un cas d'aménorrhée, sans cause anatomique. L'étude de la cavité utérine nous expliquait au contraire pourquoi cette femme n'avait jamais été réglée. Nous avions affaire à un utérus fœtal, atteint de métrite chronique, cette dernière ayant amené l'hypertrophie des parois. Malgré l'absence des règles et l'état de l'utérus, les ovaires fonctionnaient avec une grande activité.

Nous rapprocherons de cette première observation celle d'une autre malade paraissant être à peu près dans les mêmes conditions, quoique l'absence d'examen anatomo-pathologique nous empêche d'arriver à des conclusions aussi certaines.

Cette seconde malade, entrée également à Lariboisière, au mois de

---

(1) Quoique cette femme ne présentât pas de signes extérieurs de rachitisme les diamètres de son bassin en indiquaient un léger degré.

Il mesurait en effet :

D'une épine iliaque à l'autre, 21 centimètres; diamètre transverse, 12 centimètres ; diamètre antéro-postérieur, 9 centimètres.

D'après Pinard, ce bassin, qui aurait été autrefois rangé dans les bassins régulièrement trop petits, doit être considéré comme un bassin vicié par rachitisme. (*Voy.* Pinard, *Des Vices de conformation du bassin*. Paris, 1874, p. 44.

février dernier, raconte que toute son enfance a été maladive. Son aspect est assez faible, elle tousse, surtout le matin, mais on ne constate chez elle aucun signe bien accusé de tuberculisation pulmonaire.

Quoiqu'âgée de 25 ans et mariée depuis deux ans, elle n'a jamais été réglée. Mais depuis l'âge de 13 ans, elle est sujette à des pertes blanches, qui augmentent à la fin de chaque mois, sans aucun changement de couleur, pas la plus petite teinte rosée. A cette même époque la malade éprouve des douleurs lombaires et hypogastriques, un sentiment de poids dans le petit bassin et une certaine gêne dans la marche. En même temps se manifestent de la céphalalgie, des nausées, souvent même des vomissements et de la diarrhée.

Au toucher, on trouve l'utérus mobile, les culs-de-sac libres, mais le col utérin gros, granuleux et entr'ouvert.

A l'examen au spéculum on constate de nombreuses granulations végétantes. En cherchant à plusieurs reprises à mesurer la cavité utérine, nous n'avons jamais pu pénétrer au delà de 3 centimètres.

Après six semaines de séjour à l'hôpital la malade est sortie guérie de son ulcération végétante du col; mais pas plus au moment de sa sortie qu'à celui de notre premier examen, nous n'avons pu pénétrer dans la cavité au delà de 3 centimètres.

Il est très-probable que nous avions encore affaire, chez cette femme, à un cas d'utérus fœtal ou infantile atteint de métrite. L'arrêt de développement de l'organe utérin étant, comme pour notre première malade, la cause de l'absence des règles.

A propos de la malade qui fait le sujet de la première observation, il est à remarquer que les troubles physiologiques qui se manifestaient chez elle, chaque mois, depuis l'âge de 12 ans, avaient complètement disparu depuis quatre ans, et cependant l'ovaire portait les traces de follicules rompus depuis très-peu de temps.

Ces observations viennent s'ajouter aux nombreux faits déjà consignés dans les annales de la science, pour montrer l'indépendance qui existe entre l'utérus et les ovaires, aussi bien au point de vue de leur développement, que relativement à leurs fonctions physiologiques.

DEUX QUESTIONS DE GYNÉCOLOGIE

DANS LES RÉGIONS PALUSTRES

Par le Dr Edouard Burdel

Médecin en chef de l'hôpital de Vierzon.
Membre correspondant de l'Académie de médecine.

Dans deux articles précédents (1), nous avons traité de l'action de sulfate de quinine sur l'utérus à l'état normal et à l'état gravide, et voulant démontrer l'innocuité de ce médicament dans le cours de la grossesse, nous avons produit plusieurs observations,— fort rares croyons-nous — de névrose cardiaque tellurique, frappant la femme au terme de sa grossesse et traitée par la quinine à haute dose, sans danger pour la mère et l'enfant.

Aujourd'hui, nous désirons entretenir les lecteurs des Annales de faits d'un autre ordre, se rapportant à la fois à la gynécologie et à la pathologie du nouveau-né.

Après avoir démontré que la fièvre tellurique ou palustre qui frappe la mère pendant la grossesse et surtout au terme de la grossesse, est le plus souvent la cause abortive, il nous reste à prouver que cette fièvre, ou pour mieux faire comprendre, *que cette intoxication ne se transmet nullement aux nouveau-nés*, lorsqu'ils ont le bonheur d'avoir pu résister à la secousse pathologique qu'a éprouvée la mère, et qu'ils peuvent arriver au monde à terme.

Ce sera l'objet d'une première partie; dans la seconde, nous étudierons l'*action de la quinine sur le nouveau-né, dans la lactation.*

Ces deux questions qui se sont présentées si souvent à notre observation dans le cours de notre pratique, nous ont semblé être à plus d'un titre, assez intéressantes pour être communiquées

(1) Voir *Annales de Gynécologie*, t. I, p. 437 et t. V, p. 321.

aux lecteurs des Annales;car bien que l'intoxication tellurique soit plus commune et plus spéciale à certaines contrées, on peut dire aujourd'hui qu'elle est de tous les pays; car à des degrés divers il est vrai, cette névrose se rencontre partout.

I.

UNE MÈRE IMPALUDÉE PEUT-ELLE TRANSMETTRE SON AFFECTION A L'ENFANT NOUVEAU-NÉ ?

Nous n'aurions probablement pas eu l'idée de traiter cette question, si nous ne l'avions pas entendu discuter par des praticiens sérieux, qui nous ont fait l'honneur de nous interroger sur ce point, nous demandant si nous n'avions pas observé cette contagiosité, transmise, soit directement par la mère au fœtus, soit par la lactation.

Les faits que nous avons rapportés dans ces deux premiers chapitres, ont je crois suffisamment édifié les lecteurs sur ce premier point, savoir : que lorsqu'une femme dont l'utérus est gravide, vient à être frappée de névrose tellurique, — quel que soit le terme de sa grossesse — est exposée, si elle n'est traitée par la quinine, à avorter *sept fois sur dix*.. D'où nous avons pu conclure, que c'est la fièvre et non la quinine qui, dans ces cas est abortive.Et comme pour donner un témoignage irrécusable à ce que nous avançions, nous avons rapporté quelques observations, établissant que des femmes, dans cet état, avaient pû prendre des doses énormes de sulfate de quinine sans nuire à l'enfant et sans voir le cours de la grossesse être précipité.

Mais si la fièvre tellurique est susceptible de provoquer l'avortement chez la femme dont l'utérus est gravide; cette fièvre nous demande-t-on, peut-elle se transmettre au nouveau-né qui a pu résister à cette perturbation pathologique? et enfin, si l'enfant a pu échapper à cette sorte d'intoxication intra-utérine, n'aura-t-il pas à la redouter encore par la lactation?

Qu'on juge du reste de l'intérêt de la question que nous désirons traiter ici : — Dans le *Dictionnaire encyclopédique des*

sciences médicales, à l'article *allaitement*, écrit par notre confrère le D[r] Jacquemier, nous lisons ceci. — « *Il est avéré que l'intoxication paludéenne peut atteindre le fœtus dans la matrice*, et une observation de M Boudin, tend à prouver *que le lait d'une nourrice peut servir de véhicule au miasme*. Témoin l'observation suivante : une femme de militaire, arrivée nouvellement d'Afrique, et *jouissant d'une bonne santé*, entreprend de servir de nourrice à un enfant de Toulon ; *au troisième jour de l'allaitement*, il se déclare une fièvre paludéenne qui ne cède qu'à l'emploi du sulfate de quinine. M. Boudin assure avoir vu plusieurs fois de semblables transmissions chez les enfants, qui n'étaient pas sous l'influence d'une intoxication primitive. »

En lisant ce texte, reproduit dans un ouvrage aussi important que le Dictionnaire encyclopédique, on doit regretter que la bonne foi de notre confrère ait été surprise par la déclaration de M. Boudin ; et nous n'aurons pas beaucoup de peine à démontrer non plus que M. Boudin lui-même, dont nous voulons respecter la science et l'autorité, se soit laissé surprendre par un fait ou des faits, dont il n'avait étudié que la superficie.

Nous avons donc tenté de démontrer que non-seulement *l'intoxication paludéenne n'atteint pas le fœtus dans la matrice*, mais plus encore, que le miasme ne se transmet pas davantage par le lait de la nourrice. Dans notre premier ouvrage, Recherches sur la fièvre paludéenne (1), nous avons pu facilement déjà mettre à néant une semblable hypothèse de M. Boudin, hypothèse appuyée par un fait d'une même valeur, fait par lequel il admettait la transmission du miasme par l'eau prise en boisson et probablement dissous ou en suspension dans cette eau. Nous voulons parler de l'observation du fameux vaisseau sarde *L'Argo*, rapportée par tant d'auteurs et qu'il nous a été facile de réfuter par des faits précis.

Quand on cite de semblables faits, on ne tient jamais assez compte d'abord des coïncidences et ensuite d'une multitude de circonstances simples et même banales qui entourent les sujets

(1) Ouvrage déjà ancien dont nous faisons une édition nouvelle complètement refondue.

donnant au fait un certain air mystérieux qui ne déplait pas, surtout lorsque ce fait semble appuyer et corroborer l'hypothèse qu'on a engendré et que l'on voudrait établir sur des bases plus ou moins solides.

Qu'y a-t-il d'extraordinaire à ce qu'un enfant *de Toulon* soit pris de fièvre, même au troisième jour de l'allaitement? L'impaludisme n'existe-t-il donc pas à Toulon? et faut-il pour expliquer un fait si simple, faire intervenir le miasme tellurique, s'introduisant dans le sein de la nourrice, — on ne sait par quel procédé, — et transmise par le lait d'une femme *qui a toujours été bien portante* et n'est pas *sous l'influence palustre.*

Par quels phénomènes physiologiques le miasme a-t-il pu passer ainsi dans le lait de cette nourrice *jouissant d'une bonne santé?* Si encore cette nourrice avait été impaludée, du moins on aurait pu faire intervenir *la théorie américaine* si séduisante aussi, du Dr Salisbury, sur les *palmelles*, et supposer qu'entrainés par le sang dans la sécretion du lait, l'enfant les eut absorbés comme la mère l'avait fait elle-même, et de là la fièvre. — *Mais la nourrice était bien portante.*

Non, il est de ces théories qu'il faut savoir combattre et attaquer de front, dans l'intérêt de la science; parce que d'abord elles sont une source d'erreur préjudiciable et qu'ensuite une fois propagées, rien n'est plus difficile à détruire.

Telles sont les deux premières questions que nous allons essayer de traiter dans ce travail. Il est si commun dans nos pays, de voir des enfants à la mamelle être pris d'accidents palustres et être aussitôt envahis par la cachexie, qu'il n'est pas, ce nous semble, sans intérêt de discuter ces différentes questions; et cela avec d'autant plus de raison qu'un certain nombre de praticiens, ainsi que nous venons le démontrer, ont cru devoir admettre cette contagion ou plutôt cette transmission.

Pour répondre à la premiere question, c'est-à-dire pour démontrer que l'enfant ne subit nullement dans le sein de sa mère la contagiosité de l'intoxication palustre, il nous suffirait peut-être de dire que, pendant toute notre pratique médicale, *nous n'avons jamais observé* un seul enfant nouveau-né apporter en naissant

la fièvre palustre, dont la mère était atteinte avant l'accouchement ; et qu'aucun des praticiens que nous connaissons dans notre circonscription n'a pu en observer plus que nous. Aussi ne craignons-nous pas de dire : que la transmission de la fièvre de la mère à l'enfant, ne s'est jamais faite ni pendant, ni après la vie intra-utérine.

On conçoit, en effet, qu'un enfant dont les derniers jours de la vie fœtale auront pu être plus ou moins troublés par les phénomènes pathologiques qui ont frappé la mère, puisse arriver au monde *viable* ou *non;* et que s'il possède un certain degré de viabilité, s'il est entouré de soins suffisants, si enfin il est muni d'un lait physiologiquement sain, il n'ait rien à redouter des phénomènes pathologiques qui ont assailli la mère. — car, si nous avons pu avancer n'avoir jamais observé d'enfants nouveau-nés être atteints à leur naissance, nous ne disons pas de fièvre tellurique, mais d'accidents telluriques ; nous dirons, avec non moins d'exactitude, n'avoir jamais observé non plus d'enfants nouveau-nés être atteints de ces accidents avant quatre ou six mois. Et encore à cet âge, le nombre de ces petits impaludés est-il fort restreint. Il n'en est plus de même passé cette époque, lorsque commence le travail de dentition et surtout pendant la saison *estivo-automnale.* C'est alors que dans nos contrées se montrent à chaque pas une quantité considérable de ces petits impaludés et cachexiés ; et encore, nous le répétons, cet état ne s'observe que très-rarement avant cinq ou six mois. — C'est même ce qui nous a toujours le plus frappé, nous laissant toujours pénétré d'admiration envers la bienfaisante nature, lorsque nous nous trouvions en présence de pauvres femmes dévorées par la fièvre, réduites à l'anémie la plus profonde alors que les nouveau-nés qu'elles allaitaient, restaient frais, roses et bien portants, quoiqu'ils n'eussent souvent d'autre nourriture que le lait de leur mère.

Si l'enfant est atteint d'accidents telluriques à l'âge de cinq à six mois, c'est qu'il a eu à subir, comme tous ceux avec lesquels il vit, les effets du milieu dans lequel il respire et qu'il y est prédisposé par un sevrage intempestif, des digestions pénibles et par les accidents de la dentition ; et non par le contac

de la mère, et la lactation. — C'est par là même, c'est grâce à cette sorte d'indemnité dont l'enfant jouit dans le premier mois de sa naissance, qu'il a le don de pouvoir arriver jusqu'à cette étape de son existence — quatre et six mois, — sans être frappé des accidents qui ont atteint sa mère.

Qu'on nous permette de nous arrêter un instant sur ce point, et il nous sera facile de démontrer d'une façon péremptoire, et par des faits irrécusables, l'inadmissibilité *du miasme tellurique*, lequel pénétrant dans l'économie, et après avoir par la circulation parcouru nos organes, peut se retrouver, dit-on, dans le liquide.de nos secrétions.

S'il était vrai, ainsi qu'un certain nombre de praticiens ont cru devoir l'avouer, que les microzoaires, microphytes, bactéries et jusqu'aux fameux *palmellès* du Dr Salisbury, d'*Amérique*, puissent pénétrer dans l'organisme et se rencontrer jusque dans les secrétions, telles que la sueur,la bile,l'urine etc. on devrait les rencontrer aussi jusque dans le lait et dans le sang veineux, là où ils sont censés pénétrer par la respiration pour provoquer la fièvre de tous les types et de tous les degrés.

S'il en était ainsi, pas un enfant ne pourrait y échapper et à leur naissance autant que par l'allaitement, on les verrait impressionnés par ces microzoaires absorbés par la mère et entrainés par le sang, pour reparaître dans les liquides secrétés.

Il n'en est pas ainsi, heureusement; et les palmelles,les sporules, etc; ne se rencontrent dans aucune des sécrétions des fébricitants, pas plus dans les urines, que dans les sueurs, la bile et le lait. Il y a là, une erreur, ou du moins pour ne pas dire davantage, une illusion américaine, tellement flagrante, que nous saisissons avec empressement cette occasion pour la dénoncer aux modestes praticiens, qui n'ayant pas eu le temps de vérifier le fait, l'ont admis avec d'autant plus d'empressement qu'il est en lui-même séduisant et que beaucoup d'auteurs, sans compter les journaux scientifiques, l'ont reproduit sur tout les tons, — non pas que nous niions d'une manière absolue l'existence de sporules, microphites, dans l'atmosphère tellurique,— car nous avons dit qu'ils font partie des éléments

fébrifères, — mais nous nions leur existence dans les liquides des sécrétions, par conséquent leur pénétration dans l'économie. Nous appuyons notre affirmation, non-seulement par les études microscopiques auxquelles nous nous sommes livré, mais surtout par ce fait d'une valeur considérable; par ce tableau de ces enfants restant frais et bien portants, alors que les mères qui les allaitent, sont depuis longtemps parfois fébricitantes et cachexiées (1).

Dans notre mémoire sur la *Dégénérescence palustre*, — publié dans l'Union médicale 1874, — nous nous sommes surtout appesanti sur ce point : que la dégénerescence ne sévit que dans le premier âge de la vie et plutôt dans le sevrage *que pendant la lactation des six premiers mois de la vie*. A cet âge en effet, alors que l'enfant n'est nourri seulement que par le lait de la mère, il passe pour ainsi dire indemne au milieu de ces troubles pathologiques; il n'en est plus de même si l'allaitement n'est pas la nourriture principale de l'enfant et si, en même temps qu'il a subi les crises de la dentition et de la croissance, il doit encore résister aux perturbations causées par la digestion difficile d'aliments peu en rapport avec ses organes.

Ainsi donc, l'impaludisme, aussi bien dans les derniers jours de la vie fœtale, que dans les premiers mois de la naissance, ne se transmet nullement par la mère, pas plus par *le sang* et *la lactation* que par *le contact*, ainsi que quelques auteurs ont cru devoir l'avancer.

Telle est la première question que nous avons désiré traiter dans ce chapitre; plus tard nous nous proposons de prendre pour sujet : *de l'impaludisme dans la première enfance*; car en lisant dans le numéro de juillet 1876, des *Annales de Gynécologie*,

(1) S'il en était besoin, nous trouverions la confirmation de notre thèse dans les expériences faites en Allemagne par le Dr Benieke, et rapportées par notre confrère le Dr Lutaud, dans la Revue bibliographique des *Annales de Gynécologie* (juillet 1876), lequel a retrouvé dans les urines des enfants nouveau-nés la salicine qu'il avait fait prendre à la mère quelque temps avant l'accouchement. — Certes, si la salicine peut être transportée si facilement de la mère au fœtus, pourquoi les palmelles ne s'y trouvent-ils pas? Et si les sporules étaient absorbés, que ne produiraient-ils pas?

la note lue par le Dr Dubrisay à la Société de Médecine de Paris nous avons éprouvé quelques regrets, en voyant l'auteur dire, « que la question de fièvres intermittentes et surtout de la fièvre pernicieuse chez les enfants, a été singulièrement laissée de côté par la plupart des auteurs. En 1858, dans nos recherches sur les fièvres paludéennes, nous avons consacré un chapitre tout entier, intitulé, esquisse de *l'Impaludisme dans l'enfance*, et là nous avons montré combien sont fréquentes dans la première enfance, dans la période de dentition surtout, ces fièvres, à type pernicieux et à forme convulsive; bien plus, nous avons compris dans le type pernicieux, certaines formes de choléra infantile qui complètent pour ainsi dire le cadre nosologique de l'impaludisme à cet âge; enfin nous avons montré la dégénerescence palustre, issue souvent de certaines formes *de fièvres pernicieuses convulsives*.

II.

LA QUININE ABSORBÉE PAR LA MÈRE SE RETROUVE-T-ELLE DANS LE LAIT, ET QUELLE EST SON ACTION SUR L'ENFANT?

Ce serait un très-long et très-intéressant chapitre à insérer dans les *Annales de Gynécologie*, que celui qui traiterait des substances médicamenteuses prises par la mère et transmises à l'enfant par la lactation. — Bien que ce sujet ne soit pas nouveau, et qu'on ait tenté déjà quelques expérimentations, il serait du moins très-intéressant de rassembler tous les faits cliniques qui ont pu être recueillis à ce point de vue. Pour nous, nous renfermant dans le cadre spécial que nous nous sommes tracé, nous n'avons aujourd'hui d'autre but, que de rechercher si la quinine, administrée à la mère, se retrouve dans le lait et si elle s'y retrouve, quelle peut être son action sur l'enfant.

L'élimination des substances médicamenteuses et toxiques introduites dans l'économie et transmises par la secrétion lactée

a été étudiée depuis longtemps et mise hors de doute; mais plus récemment, le Dr Lewald en a fait une étude spéciale — ces expériences dont la relation a été donnée par les *Annali universali di Medicina e Chirurgia* mai 1875, a été résumée et reproduite dans les Annales de gynécologie, août 1875.

— Depuis longtemps aussi, un certain nombre de praticiens ont cru devoir user de cette élimination des substances médicamenteuses par le lait, pour en faire une sorte de thérapeutique spéciale à l'usage des enfants à la mamelle. Ce mode de pharmacologie naturelle a-t-il répondu à l'attente de ces praticiens, cette thérapeutique enfin, est-elle aussi réelle, aussi efficace que le faisait supposer tout d'abord cette théorie si séduisante et si facile? Est-on bien certain, que ces médicaments ne subissent pas de décomposition et par conséquent de transformation? Le calomel par exemple, s'il traverse les glandes lactifères, arrivera-t-il bien à l'état de proto-chlorure ou d'une autre combinaison qui pourrait être toxique?

Le chlorure de sodium, si puissamment recommandé dans le le traitement du rachitisme et de la phthisie, est-il transmis tel que la mère l'a absorbé?

Telles sont les diverses questions et bien d'autres encore qu'il serait bon de résoudre d'une manière sérieuse et pratique, afin qu'on puisse, s'il est possible, en user à bon escient et ne pas commettre d'erreur préjudiciable.

Si nous nous en rapportons même aux dernières expériences du Dr Lewald, nous voyons que nous sommes encore loin d'être fixés sur cette question ; c'est-à-dire sur le degré d'absorption et de décomposition que peuvent subir les sels minéraux ou terreux; nous ne le sommes probablement pas davantage sur les alcaloïdes. Nous savons qu'ils peuvent traverser l'économie, qu'on peut les retrouver en tout ou en partie dans les sécrétions et excrétions, mais nous ne savons rien ou presque rien de la dose et de la quantité qui peuvent être retrouvées dans les liquides sécrétés; car si la bile, l'urine, le lait, la sueur, contiennent un de ces principes absorbés par la mère ; quelle devra être la quantité qu'il faudra administrer à la mère, pour que l'enfant à son tour puisse en absorber une certaine dose?

Si nous même avouons avoir tenté plus d'une fois d'administrer à des enfants nouveau-nés des médicaments que nous pensions devoir leur être transmis par cette voie, nous devons par contre ne pas craindre d'avouer que nos résultats sont loin d'avoir été positifs et concluants. Certainement nous avons pu sans inconvénient administrer à la mère des sels de fer, du bismuth, du phosphate de chaux, du chlorure de sodium, mais s'il nous fallait dire quel a pu être le résultat de cette médication sur les enfants, notre embarras serait grand. Chez quelques uns, ce mode de thérapeutique a semblé produire quelqu'action, mais chez le plus grand nombre il a été négatif. — C'est qu'en effet, si l'on peut doser la substance administrée à la mère; on ne sait rien, absolument rien de la dose qui passera par la secrétion lactée et pourra être transmise à l'enfant; et on ne saurait être surpris de ce fait, pour peu qu'on réfléchisse et qu'on étudie les phénomènes dont se compose la digestion. Si déjà les digestions d'aliments animaux et végétaux mélangés ensemble sont variables dans leur absorption et leur assimilation; que sont-elles, lorsqu'à ces aliments sont ajoutées des substances médicamenteuses, qui tantôt les retardent et tantôt les précipitent, quand elles ne les troublent pas. Il ne faut pas oublier que les vaisseaux absorbants dont les bouches tapissent la longue muqueuse du tube digestif, ont parfois leurs instincts, leur répulsion et qu'ils savent choisir ou rejeter les éléments qui ne doivent être ni assimilables, ni reconstituants; qui peut dire la quantité qui sera absorbée et celle qui sera rejetée par les excrétions, car même lorsqu'une de ces substances médicamenteuses est absorbée par les chylifères, il reste encore l'élimination par les urines, la sueur, etc.; et comme le lait ne doit pas être envisagé au même titre que ces liquides qui sont surtout *excrémentitiels*, mais bien au contraire comme une secrétion spéciale dont le rôle alimentaire est particulier, nous nous demandons non sans raison, quelle dose médicamenteuse la nature voudra laisser passer.

L'observation a semblé nous donner raison sur ce point, car si nous avons pu nous abandonner à l'inconnu en administrant avec ou sans espoir d'absorption, des médicaments tels que le

fer, le phosphate de chaux, la chlorure de sodium, etc., il n'en a pas été de même lorsque nous avons tenté d'administrer des médicaments plus actifs tels que le calomel, l'iodure de potassium, etc.,etc.. Dans quelques cas l'absorption par les glandes lactées ayant été nulle, les enfants n'ont rien ressenti; dans d'autres il y a eu une médication qui a semblé être favorable aux enfants, et dans d'autres enfin il y a eu une véritable intoxication.

Bien des fois nous avons administré la quinine à la mère, alors qu'il y avait difficulté ou impossibilité de faire prendre ce médicament à l'enfant, et espérant par ce moyen avoir une action curative presque certaine sur les pauvres petits impaludés allaités par leur mère. Eh bien! nous le déclarons, nous avons été presque toujours déçu dans l'espoir que nous avions fondé sur ce mode de thérapeutique.

Le passage de la quinine dans le lait, est encore aujourd'hui, une question très-controversée, même par les chimistes les plus distingués; car pour les uns la quinine se retrouve dans le lait, (D· Lewald) et pour d'autres on n'en retrouve aucune trace. Ainsi suivant MM. Chevalier et O. Henry, le sulfate de quinine donné à la dose de *un gramme*, à plusieurs reprises n'a pu être retrouvé. De son côté Landerer a publié. — Archives de pharm. T. CXLI, page 167 — une note relative à une femme qui, en raison de la fièvre intermittente dont son nourrisson était atteint, prit un drachme de sulfate de quinine; le lait, ajoute-t-il, avait un *goût amer* et contenait *des traces de quinine*. L'enfant guérit-il? la note n'en dit rien : nous avons quelques raison d'en douter avec un lait qui n'était seulement qu'amer, et qui contenait quelques traces de quinine.

Les observations que nous avons recueillies dans notre pratique médicale, tout en présentant de grandes différences entre elles, nous ont conduit cependant à des résultats presque certains, mais subordonnés au mode d'administration de la quinine et aussi à l'état morbide de la mère, ce qui, dans ces conditions, est très-important.

Ainsi nous avons vu des nouveau-nés succomber avec une rapidité presque foudroyante après avoir tété leur mère qui

cependant n'avait pris qu'à une dose moyenne du sulfate de quinine, tandis que d'autres, dont la mère avait pris des doses plus fortes, n'en ont ressenti aucun effet fâcheux.— A quoi attribuer ces différences dans les résultats, ce n'est certainement pas aux doses trop fortes, puisque ceux-ci ont succombé, la mère n'ayant pris que des doses moyennes de quinine.

Cela tient ainsi que nous le disions à l'instant, d'une part au mode d'administration de la quinine, au moment opportun de son ingestion, et beaucoup aussi à l'état morbide de la mère; toutes circonstances importantes à étudier et difficiles à saisir.

La première fois que nous avons, pour ainsi dire, assisté à la mort d'un enfant *nouveau-né*, qui venait de têter du lait que nous soupçonnions *quininisé*, nous avons été, on le pense bien, effrayé à bon droit, surtout lorsque nous vîmes cet accident se renouveler plusieurs fois; et nous n'eussions pas manqué de condamner la quinine, sans appel, si depuis longtemps déjà nous n'avions été témoin de faits contraires. Car non-seulement nous avons administré la quinine à des mères impaludées, dont la majorité des enfants allaités n'ont rien ressenti et dont d'autres n'ont été que plus ou moins gravement indisposés.

Et combien de fois aussi, à l'exemple de notre honoré confrère le Dr Lediberder (1), n'avons-nous pas depuis longtemps administré la quinine à des nouvelles accouchées, atteintes de gerçure du mamelon, avec symptômes fébriles concomitants; sans que le plus grand nombre des nourrissons en ressentit rien de très-fâcheux. M. Lediberder ne dit rien sur ce point, ce qui nous fait supposer que les enfants n'en ont nullement été impressionnés ni intoxiqués.

La différence des résultats observés est due surtout, ainsi que nous l'avons dit : 1° à l'état morbide de la mère, 2° à l'opportunité et au mode d'administration des médicaments.

---

(1) Note sur la nature et le traitement des gerçures du mamelon, *Annales de Gynécologie*, t. XI, sept. 1876.

Les accidents dont nous avons été témoin se sont manifestés de préférence sur les enfants dont les mères étaient atteintes soit de symptômes pernicieux, soit d'une fièvre puerpérale plus ou moins grave. Nous ne voudrions pas dire que dans ces conditions, la quinine ait été la cause unique d'intoxication; d'abord parce que dans ces cas, nous n'avons pu nous assurer si la quinine avait bien été transmise par la lactation, et que nous avons eu tout lieu de penser que le lait était loin de posséder toutes les qualités physiologiques indispensables, et que sans aucun doute il était altéré, c'est-à-dire qu'il avait charrié, des globules de pus et des bactéridies, ainsi que nous avons pu nous en convaincre dans deux cas.

L'opportunité dans l'administration de la quinine; c'est-à-dire le moment de la faire ingérer, est plus important qu'on pourrait le supposer; car suivant que cet alcaloïde sera donné, l'estomac étant vide, ou qu'il sera associé aux aliments, on obtiendra des résultats très variables dans son passage par la sécrétion lactée. Aussi n'est-ce pas sans raison que, depuis longtemps, nous avons l'habitude de faire prendre la quinine, de préférence au moment des repas, plutôt que l'estomac étant à jeun. — Dans ce premier cas, il se passe en effet des phénomènes physiologiques faciles à comprendre et donnant raison à notre *modus faciendi;* la quinine brassée avec les aliments et mélangée avec le chyme est absorbée plus lentement; mais plus sûrement par les vaisseau chylifères, sans trop troubler l'organisme, mais aussi en produisant son action sans secousse. — Dans le second cas, au contraire, si la quinine est ingérée l'estomac étant vide, l'absorption se fera entièrement avec plus de rapidité, emportée qu'elle sera comme les boissons par la circulation, ses effets seront plus rapides aussi; de là une plus grande quantité dans les liquides sécrétés et surtout dans la sécrétion lactée; de là enfin, de plus fréquents symptômes d'intoxication chez les nouveau-nés; à moins qu'on ait le soin, ainsi que nous le faisons aujourd'hui, de vider le sein de la mère par une ventouse ou autres moyens.

Chose remarquable à noter,c'est que, dans les cas très-graves (perniciosité) dans lesquels nous avons fait pénétrer la quinine

dans l'organisme par les injections hypodermiques, dans ces cas, les enfants n'ont rien ressenti et la sécrétion lactée contenait une si faible proportion de quinine, que nous doutons encore de son passage par cette sécrétion.

Sur 57 observations que nous avons pu recueillir sur ce sujet, nous avons vu 5 enfants succomber après la lactation quininisée.

Dans ce nombre 5, nous devons mettre à part 2 mères, atteintes de fièvre puerpérale avec état pernicieux; sur les 3 autres, une était atteinte d'une cachexie palustre profonde avec anémie, et les 2 dernières étaient traitées pour une névralgie faciale avec fièvre périodique.

Dans les 62 autres observations, dont les enfants ont pu être allaités sans danger, nous en comptons 17 qui ont été plus ou moins gravement indisposés, c'est-à-dire qui ont été pris de vomissements et de diarrhée cholériforme plus ou moins accentués, mais qui ont guéri: les 45 autres n'ont rien ressenti. — Les cinq enfants qui ont succombé étaient âgés de 7, de 9 de 12 et de 15 jours, et la quinine avait été administrée aux mères l'estomac étant vide.

De ces observations, il ressort donc pour nous. Que rien n'est plus variable, rien n'est plus irrégulier que la transmission des médicaments et de la quinine en particulier par la lactation; — que la sécretion lactée en sera d'autant plus chargée et son absorption d'autant plus rapide que la quinine aura été donnée à jeun; et que c'est dans ces conditions principalement, que la lactation peut être dangereuse pour les nouveau-nés. — Qu'au contraire, lorsque la quinine est administrée avec les aliments, sa présence dans la sécrétion du lait est moins abondante, moins rapide et par conséquent moins toxique. — Qu'à mesure que les enfants s'éloignent davantage de leur naissance, ils deviennent moins sensibles à l'influence du lait quininisé. — Que nous n'avons que très-rarement vu ces accidents survenir chez les enfants âgés de cinq et six mois. — Que lorsqu'on se trouve obligé d'administrer la quinine à des femmes nouvellement accouchées, — on peut facilement éviter ces accidents, soit en administrant, (*si cela est possible*), la quinine au repas ou

avec quelque aliment, mais surtout en ayant le soin, trois heures environ après l'administration du médicament, de vider artificiellement le sein de la mère, afin que l'enfant ne puisse téter ce lait et de continuer ainsi pendant tout le temps que la mère sera obligée de prendre de la quinine.

Telle est la communication que nous avons cru devoir faire aux lecteurs des *Annales de Gynécologie*, nous nous trouverons amplement récompensé, si nous avons pu les intéresser et nous serions heureux de voir ce sujet devenir l'objet de nouvelles observations; car ainsi que nous le disions au début, cette question peut faire l'objet d'une thèse des plus utiles.

REVUE DE LA PRESSE

DEPUIS QUAND ET COMMENT LES HOMMES FURENT-ILS EMPLOYÉS COMME ACCOUCHEURS? (1).

Par W. Goodell.
Médecin de l'Université de Pensylvanie, etc.

Traduit de l'anglais par le Dr CORDES (*de Genève*).

Il n'est pas douteux que, jusqu'à une époque relativement assez récente, la pratique de l'obstétrique était entre les mains des sages-femmes; les écrits d'Hippocrate, de Galien, de Celse et de leurs élèves nous montrent qu'on n'appelait le médecin que dans les cas de grande difficulté. Ces auteurs ignorent par conséquent le mécanisme de l'accouchement naturel, et leur ouvrages ne traitent que de la dystocie. Moschion (1),

(1) *American journal of obstetrics*, août 1876.

(2) Περι των γυναικέιων παθων, in I. Spachii Gynæciorum Harmonia Argentinœ, 1597.

au IIe siècle, est en réalité le premier auteur, et resta le seul pendant plusieurs siècles, qui décrive un travail naturel. Il est en conséquence le premier qui ait pu parler, *de visu*, des déchirures du périnée; il est le premier qui ait fait la version podalique, dans les cas difficiles de présentation de la tête. « Ne refusez pas, dit Hippocrate, de croire les femmes en ce qui concerne la parturition » (1).

« Il est inutile, dit Aétius, de faire un traité sur les accouchements, parce que non-seulement les sages-femmes, mais toutes les femmes connaissent, dès longtemps, ce sujet d'une manière parfaite » (2). « J'ai appris des sages-femmes, dit un autre inconnu du XIIIe siècle, que, lorsque la tête se présente, tout va bien, si c'est un bras ou un pied, alors il y a danger » (3). Comment expliquer l'inconséquence d'Hippocrate, qui, comparant le fœtus dans la matrice à une olive placée dans une bouteille, et qui n'en peut sortir que par l'une de ses extrémités, dit cependant que la présentation du siége est en général fatale à la mère et à l'enfant (4), à moins d'admettre que les seuls cas de présentation du siége qu'il ait vus soient ceux où la tête est arrêtée par un détroit supérieur rétréci, ayant été appelé par une sage-femme pour l'extraire. Comment rendre compte autrement de la perpétuation de cette erreur, jusqu'au VIIe siècle, malgré l'enseignement de Moschion, et sa réfutation définitive par Paul d'Egine, surnommé obstétricus, le second accoucheur praticien de l'antiquité ?

Cependant, quoique Moschiar et Paul d'Egine fussent fort demandés par les femmes de leur temps, ils étaient les seuls, et les sages-femmes, comme du temps des Pharaons, continuèrent encore longtemps de monopoliser cette branche de la médecine. Cela nous amène à nous poser cette question fort intéressante : quand commença-t-on à employer les médecins dans les accouchements normaux ? Quelles seront les causes de ce chan-

(1) Œuvres d'Hippocrate, trad. Littré, VII, p. 441.

(2) Tetrabibli : IV, sermo IV, cap. 14.

(3) De Secretis Mulierum, Argent., 1597.

(4) Hippocrate, trad, Littré, VIII, p. 79.

gement dans une coutume vieille comme le monde? Astruc (1) fait dater cette innovation de la nuit du 27 décembre 1663, dans laquelle, pour mieux garder son secret, le grand monarque fit appeler Julien Clément, pour délivrer la belle et frêle mademoiselle de la Valière. Le roi qui n'avait pas lu l'histoire de Portia, digne fille de Caton, ni celles des dames discrètes de l'antiquité, avait l'idée, peu galante, qu'une femme ne peut pas tenir sa langue. Clément fut donc conduit, en grand mystère, dans une maison, où était en douleurs une femme voilée. Elle mit au monde un garçon, Louis de Bourbon, et on affirme que le roi était caché derrière les rideaux pendant l'accouchement. Clément donna ses soins, moins secrètement, à cette même demoiselle, dans ses autres accouchements ; c'est, dit-on, à ces soins qu'est due la mode de prendre des hommes pour accoucheurs, mode qu'adoptèrent d'abord les dames du grand monde et les princesses, et qui pénétra ensuite dans la bourgoisie. C'est ainsi qu'Astruc explique l'origine des *hommes sages-femmes*, comme on les appelait contemptueusement en Angleterre, ou *accoucheurs*, nom qu'ils recevaient en France. « Je suis certain, ajoute Astruc, que la coutume d'employer des hommes n'est pas plus ancienne que ce que je viens de raconter. »

Julien Clément délivra plus tard madame de Montespan, et le secret parut cette fois si important que le médecin fut conduit, les yeux bandés, au lit de la parturiente. Louis XIV jetait une auréole de mystère sentimental sur ses amours. Clément ignorait tellement la qualité de sa patiente, qu'il pria le roi, debout près du lit, et déguisé, de lui donner un verre d'eau. Clément avait une telle réputation comme accoucheur, que Philippe V l'appela plusieurs fois à Madrid, pour assister sa femme, Louise-Gabrielle de Savoie dans ses couches (2).

Je vais essayer de prouver l'inexactitude de l'assertion d'Astruc, tant de fois répétée. Tout d'abord, ce n'est certaine-

---

(1) *Hist. sommaire de l'art d'acc.*, Paris, 1776, p. 38. — C'est la préface de son livre : *L'art d'accoucher réduit à ses principes*. A. C.

(2) *Essais historiques*, par Sue, vol. I, p. 118.

ment pas à une mode d'origine royale qu'est dû l'emploi des accoucheurs ; car Marie-Thérèse elle-même, femme de Louis XIV, suivant la coutume des Autrichiennes de qualité, avait une sage-femme pour tous ses accouchements, mais elle avait sous la main François Bouchet, qui se tenait dans une chambre voisine, prêt à parer à tout danger. En second lieu, Astruc se trompe aussi quant à l'époque où cette innovation se produisit. Dans un fort intéressant petit livre, publié à Paris par Louise Bourgeois (1), au commencement de 1609, je vois que, bien des années avant cette date, on préférait les soins des hommes à ceux des sages-femmes dans les accouchements ordinaires. J'y vois aussi que cette préférence prenait de telles proportions, que, vers 1600, du temps de Marie de Médicis, femme de Henri IV, les accoucheurs avaient déjà tant de réputation, que Louise Bourgeois, sage-femme de la reine, en était fort jalouse.

Il existait, comme je l'ai montré ailleurs (2), un certain M. Honoré, qui était un grand favori des dames de qualité trop fécondes de ces temps-là. Contre lui, à chaque occasion, cette sage-femme déployait toutes les ressources de son mépris. Une fois elle l'appelle « cet homme de Paris qui délivre les femmes ». Ailleurs, elle dit : « J'ai fait cette opération (une version) en présence de MM. Hautin, Duret et Séguin, et de ce chirurgien qui délivre souvent les femmes. Il offrit de m'aider, mais je refusai, sachant que je pouvais la faire sans danger pour la mère. » Une autre fois, elle s'arrangea de façon à le laisser tourner ses pouces dans un cabinet voisin, pendant qu'elle délivrait Marie de Médicis. Le siége se présentait, et le roi envoya chercher Honoré, mais Louise mit *de la graisse de coude* sur les cuisses du jeune prince, et sauva du même coup son honneur à elle, et l'enfant royal. En faisant le récit d'un accouchement difficile, elle se signe pieusement, et adresse à Dieu ses actions de grâces de ce qu'elle a pu avoir l'enfant,

---

(3) *Observ. diverses sur la stérilité, perte de fruict, fécondité, accouch., etc.*, par Louyse Bourgeois, sage-femme de la reine. Paris, 1617.

(4) *A Sketch of the Life and the Writing of Louyse Bourgeois, midwife of Mary de Medici*, par W. Goodell, M. D., Philadelphie, 1876. A. C.

avant l'arrivée de cet affreux M. Honoré, qu'on avait envoyé chercher.

Puis vient maître Ch. Guillemeau, l'élève favori de Paré, l'un des chirurgiens du roi, qui, en 1609, publia un excellent traité d'accouchements (1). Lui aussi fut assez apprécié des dames pour mériter la haine non déguisée de notre jalouse sage-femme. Elle tâche à l'amoindrir, et à embaumer une de ses fautes dans l'ambre de ses sarcasmes. La coutume de prendre des médecins pour les accouchements était devenue si générale dans ce temps, que Guillemeau lui même prit l'alarme. Dévotement attaché aux traditions de l'église, et acceptant toutes ses doctrines à ce sujet, il se mit à craindre que cette méthode n'ébranlât la chasteté et la pureté de ses belles compatriotes. Il travailla donc à augmenter le nombre des accoucheuses, et voulut qu'elles fissent des études spéciales, qui leur permissent de donner des preuves de leur savoir dans un examen.

La preuve la plus forte que Astruc faisait erreur, se trouve dans les conseils que donne Louise Bourgeois à l'une de ses filles qui exerçait la même profession. Ils forment le chapitre de la fin dans l'édition de son ouvrage publié en 1617, et remplissant 55 pages. La plus grande partie de ce chapitre est fournie par des jérémiades sur l'immodestie et la corruption des dames de son temps, qui préfèrent les accoucheurs aux sages-femmes. Elle raconte l'histoire d'une sage-femme de près de soixante ans du faubourg Saint-Germain, qui attrapa la vérole à la main en délivrant une courtisane « un sépulchre reblanchy » et qui la porta dans trente-cinq ménages. « Les maris prirent la maladie de leurs femmes, les enfants la prirent de leurs mères. » Les récriminations réciproques des maris et des femmes échauffèrent les oreilles du noble faubourg, le scandale fut terrible, jusqu'à ce que la main bandée de la sage-femme révéla la cause innocente du fléau. Ses amis l'engagèrent à voir un médecin, mais la pudique accoucheuse, qui avait aussi un bubon, ne voulut pas subir un traitement qui l'obligerait

(1) *De la grossesse*. Paris, 1606.

à découvrir sa chaste personne. Ses filles se mirent à ses genoux, mais la noble matrone préférait le linceul de la mort, à ce qu'elle regardait comme un déshonneur. Ces bonnes filles allèrent alors dénicher « un vieux chirurgien qui vivait dans la rue du Co-« lombier Saint-Germain (1). Ce chirurgien était « un fort hon-« neste homme, » et mieux, célibataire, il n'eut pas d'hésitation; cet homme brave se sacrifia sur l'autel du devoir; il épousa la vieille accoucheuse de soixante ans, il pansa ses plaies, etc., la guérit, « Je les ai connus tous les deux, dit Mme Bourgeois, « mais *la plupart* des femmes, maintenant, ne donnerait pas à « leurs amis tant de peine avant de se laisser manipuler par des « hommes, et sans aussi grande nécessité. M. Honoré sait bien « de quoi je parle, car une infinité de coquettes déclarent que, « même dans un travail ordinaire, elles le préfèrent à une femme; « cela est à présent de la mode. Laissez-moi, ma fille, vous dire « ce que j'ai vu dans mes jeunes années. Il y a vingt-cinq ans, « aux environs de 1790, la grande majorité des femmes étaient « d'autre humeur. Il y avait aussi, c'est vrai, des hommes, « sages-femmes, *mal sages* (2), mais ils étaient plus rares qu'au-« jourd'hui. J'ai mûrement réfléchi à la suite de cette corrup-« tion, et je l'attribue, pour une grande mesure, à deux cho-« ses. »

La digne matrone consacre tant de pages à la considération de ce malheur, que je dois me borner à donner l'esprit de ses arguments, en suivant autant que possible le texte. « Une de « ces causes est que, dans le temps passé, quand une jeune fille « se mariait, son mari la plaçait sous le patronage de sa mère, « de sa belle-mère, ou de quelque tante qu'elle redoutait. A « défaut de quelque personne ainsi, ses parents choisissaient « quelque matrone, craignant Dieu, à laquelle ils la remettaient, « et qui la faisait obéir. Quand le mari voyait sa femme abattue, « il n'y prenait garde, ne doutant pas qu'elle n'ait fait quelque

(1) C'est, sans doute, la rue actuellement nommée: *Rue du Vieux-Colombier*, A. C.

(2) Ce calembourg prouve que Mme Bourgeois ne connaît pas l'étymologie du mot sage-femme, il vient d'un vieux mot *saga*, magicienne. A. C.

« faute de jeunesse pour laquelle elle avait été semoncée ; elle « ne devait pas se plaindre. » Maintenant, les jeunes femmes ont des appartements séparés, et, au lieu de ces pieuses duégnes, «qui les gardaient dans l'amour de Dieu et de leur broderie, « elles ont des compagnes écervelées et corrompues, la lie des « provinces. En vérité, ces louves en habits de brebis ruinent « un grand nombre de jeunes femmes, même de bonne famille, « en les entraînant dans des intrigues, et en leur faisant faire « toute sorte d'extravagances...., autrefois les enfants restaient « longtemps enfants, mais maintenant ils ont beaucoup de « connaissance, et ressemblent à ces arbres qui fleurissent « quelquefois, mais que le moindre froid tue. Tout ce mal (l'em- « ploi des accoucheurs), vient de la licence des jeunes femmes. « Elles vagabondent comme les daims de la forêt, et sont comme « de jeunes pouliches qui n'acceptent qu'à regret la bride. Vous « ne pourriez que partager mon avis, si vous voyiez les maris « de quelques-unes, si écrasés par leurs extravagances, et par « leurs mauvais soins domestiques, qu'ils en sèchent, en mai- « grissent, et jaunissent comme de la cire... Nos jeunes femmes « se croient plus sages que leurs mères, elles ont certainement « plus d'audace que les femmes d'autrefois. Elles sont toujours « habillées pour faire ou recevoir des visites, dans lesquelles il « ne se fait que des commérages. Lorsque leur conversation « languit, car elle est aussi incohérente que la fiente de la chè- « vre, elles cherchent une visiteuse enceinte, et lui parlent de « tous les dangers possibles de l'accouchement, inventant, « même des accidents inconnus. » Ce qui, naturellement les effraie, et leur fait choisir un accoucheur.

Puis elle ajoute qu'une triste expérience lui a enseigné tout cela. Dans un cas, la pauvre jeune femme avait été tellement travaillée par ces contes stupides, que, lorsque la sage-femme demanda du fil et des ciseaux, pour couper et lier le cordon, supposant qu'elle allait la couper puis la recoudre, elle prit des crises, qui ne cessèrent que quand elle mourut, « ce qui montre dit notre auteur, qu'une sage-femme doit toujours avoir son fil et ses ciseaux sur elle. »

« Il existe à présent, ajoute Mme Bourgeois, bien peu de femmes

« qui *affectionnent* leurs sages-femmes, comme on le faisait au-
« trefois; car, à la mort de leurs accoucheuses, elles prenaient
« le grand deuil, et priaient Dieu de ne plus leur donner d'en-
« fants; c'était sans doute trop, mais cela venait de leur atta-
« chement. Bien des femmes prennent encore des accoucheuses,
« mais comme elles feraient de simples vendangeuses, que l'on
« change à chaque récolte, et qu'on paie au jour. Une sauce
« doit être bien épicée pour plaire à un malade sans appétit,
« comme le sont nos jeunes femmes à présent, qui, dès leur
« premier accouchement, choisissent un homme pour les assister.
« J'en rougis pour elles, avoir recours à ces hommes est une
« effronterie trop grande, telle que leurs mères et leurs grand'
« mères, n'auraient pas eu. Il se produit, je l'avoue, des accou-
« chements difficiles, où, comme je l'ai toujours conseillé et le
« conseille encore, il faut appeler un chirurgien. Mais sa pré-
« sence est assez pour faire rougir la femme jusqu'aux oreilles,
« et pour vexer le mari, si la nécessité n'est pas grande, ou
« si l'affaire vient à être racontée. Il faut donc arranger les
« choses de telle sorte que, ni la femme, ni le mari, ne sachent
« qu'il vient. La femme ne doit pas voir le chirurgien, celui-ci
« ne doit pas voir la face de sa patiente. » Puis elle raconte que, dans un travail lent, importunée par les amis de la parturiente, elle profita de l'absence du mari, et envoya chercher un chirurgien, mais « sachant que la patiente mourrait de honte et de chagrin à la vue de cet homme, » elle disposa les oreillers, les coussins et les couvertures de façon qu'elle ne pût le voir. Le chirurgien glissa jusqu'au pied du lit, sans que « l'honneste demoiselle » s'en aperçut; « elle ne fut délivrée par autre aide
« ou artifice que celle de Dieu et de la nature... Depuis que
« cette indécence est devenue à la mode, il se présente des dan-
« gers plus grands que ceux de jadis, et auxquels des per-
« sonnes habiles, (les sages-femmes), sauraient mieux parer, si
« on les laissait faire (1). »

(1) N'ayant pu me procurer le livre de Louise Bourgeois, je n'ai pas cité textuellement, j'ai seulement traduit l'anglais, traduit lui-même, j'ai tout lieu de croire, exactement sur le français. Le lecteur ne retrouvera que le sens, et non les mots de Louise Bourgeois. A. C.

Ces citations prouvent d'une manière certaine qu'on se servait d'accoucheurs longtemps avant 1600, et qu'Astruc commet une erreur historique. Il me reste donc à examiner les causes qui ont amené ce changement dans des habitudes contemporaines, à en croire l'histoire, de la pyramide de Chéops. Ce n'est pas, comme le croit Astruc, la royauté qui met les chirurgiens à la mode, puisque Marie de Médicis, femme de Henri IV, et Marie Thérèse, femme de Louis XIV, ont été accouchées par des sages-femmes. Ce n'est pas non plus la dissolution des femmes et leur immodestie, comme voudrait nous le faire croire la pudibonde Louise Bourgeois ; car l'histoire le prouve, l'immoralité va croissant, à mesure qu'on remonte dans l'histoire de France. C'est, comme je vais essayer de le prouver, l'imprimerie qui donna le coup de la mort au monopole des sages-femmes.

L'imprimerie a été découverte vers 1453, mais elle ne fut connue en France qu'en 1470, Parmi les premiers livres traduits, furent des livres de médecine, mais ce ne fut guère que des traductions des ouvrages grecs, latins et arabes. Dès 1530, toutes les branches de la médecine prirent une nouvelle vie. Jusque là, les auteurs médicaux étaient écrasés par le despotisme scolastique ; dès lors, ils osèrent rejeter les entraves de la tradition, et penser pour eux-mêmes. Pendant les soixante-dix années suivantes, on vit sortir de la plume d'écrivains masculins un grand nombre d'œuvres originales sur l'obstétrique et sur des sujets voisins. Voici quelques noms qui me sont les plus familiers (1).

En 1530, Ludovicus Bonnacciobus, de Ferrare, publie son *Enneas muliebris*. En 1542, paraît le : *De morbis mulierum* de Nicholas Rocheus, de Paris. En 1544, le : *De Partu Hominis* d'Eucharius

---

(1) Cette explication serait insoutenable, car personne ne doute que, d'une manière générale, les médecins soient plus réservés et plus moraux dans leur clientèle, que les sages-femmes. Chacun sait que les femmes, entre elles, se *gênent* beaucoup moins que les hommes entre eux. Voyez plutôt les compartiments des *dames seules* en chemin de fer. Quoique médecins, ou parce que, nous ne supporterions pas auprès de nous que des hommes eussent des conversations pareilles à celles que ceux qui ont l'oreille fine peuvent entendre par les fentes des cloisons. A. C.

Rhodion. Ce livre a eu plusieurs éditions, et a été traduit en plusieurs langues ; l'édition anglaise porte le titre de : « *The Birthe of mankinde.* » L'original est imprimé en caractères noirs sans pagination, et renferme une gravure répresentant une chaise obstétricale, la plus ancienne que je connaisse. En 1547, J. Michel de Savonarole publie a Venise, avec un texte enluminé, sa *Practica major*. Il a figuré la plus grossière des chaises à accoucher (1). La même année, Martin Akakia, de Paris, écrit le : *Medici Regii de morbis mulierum*. En 1550, Hieronymus Mercurialis publie son livre : *De morbis mulierum*. En 1555, Maistre Nicolle du Hault, qui avait auparavant annoté les œuvres de d'Hippocrate, publie le : *De generatione*. Vers 1556, Pierre Franco, médecin provençal de grande réputation, imprime un traité d'obstétrique ; mais il a pris beaucoup de ses idées à Paré. En 1557 paraît : *De affectibus uterinis*; dû à la plume de Jean Baptiste Montanus de Padoue. En 1580, Louis de Mercado, médecin de Philippe II d'Espagne, écrit le : *De mulierum affectionibus* ; et le célèbre Jacob Rueff, de Genève (2) écrit un excellent ouvrage intitulé : *De conceptu et generatione hominis*. De 1581 à 1585, s'impriment des ouvrages de grande valeur, dûs à Francis, Rousset, Jean Liébeaut, de Paris, Jean le Bon, Albertus Bottaruss, de Padoue, Félix Plater, de Bâle, et Maurice de la Corde, de Paris. En 1592, Israël Spachius, habile médecin de Strasbourg, rassemble les traités classiques d'accouchements de son temps, et les publie sous le nom de Gynaeciorum harmonia. Après 1600, le nombre des traités d'obstétrique est légion.

Les auteurs ont sans doute fait le chemin aux accoucheurs; mais, c'est surtout à mon avis, le poids du grand nom de Paré, qui a fait avancer les idées de ce côte. En 1551, cet homme éminent publie un petit traité sur la version, qui a attiré l'attention des savants. Vingt-deux ans plus tard, quand son nom était dans toutes les bouches, il écrit son ouvrage sur l'obsté-

---

(1) *Am. Journ. of obst.*, février 1872, p. 664 et 666. A. C.

(2) De Zurich, je crois. A. C.

trique, qui fut traduit dans toutes les langues européennes, et qui devint bientôt le livre classique de toutes les écoles. Jusque là, l'ignorance des sages-femmes, n'avait été que faiblement censurée, on n'avait fait aucun effort pour leur ôter la faveur du public. En 1587, paraît un livre très-remarquable, écrit par Gervais de la Touche « gentilhomme poitevin », dans lequel il attaque vertement la race des sages-femmes, et engage chacun, au nom de l'humanité, à confier les accouchements à des hommes. Le titre de cet ouvrage est fort curieux, et comme il explique complétement son caractère, il est intéressant de le donner en entier. *La très-haute et très-souveraine science de l'art et industrie naturelle d'enfanter, contre la maudite et perverse infériorité des femmes, que l'on nomme sages-femmes ou belles-mères, lesquelles, par leur ignorance, font journellement périr une infinité de femmes et d'enfants à l'enfantement. A ce que désormais toutes femmes heureusement et sans aucun péril ni destourbiez, tant d'elles que de leurs enfants, étant toutes saiges et perites en icelle science.*

Ce livre étrange était dédié à « toutes les reines et princesses, à toutes les dames et demoiselles d'honneur, et à toutes les débonnaires matrones de chasteté et de longues souffrances. » Il a sans douté eu sa part d'influence pour ouvrir les yeux du public « de longues souffrances, » vis-à-vis des incapacités des sages-femmes ; mais l'élévation générale de l'intelligence fut certainement la véritable raison qui fit tomber leur sceptre; Astruc et Louise Bourgeois n'ont pas su le voir. Astruc qui, dans sa préface, se vante de n'avoir jamais accouché une femme, n'a pu s'en apercevoir. La Bourgeois, en attribuant la raison à la corruption et à l'immoralité des femmes, en donne malgré elle le vrai motif. En effet, elle conseille aux sages-femmes, dans les cas d'hémorrhagie ou autres complications dangereuses, d'envoyer de bonne heure chercher un chirurgien, et de ne pas attendre trop, comme quelques-unes le font, dans la crainte qu'il n'ait la gloire d'avoir délivré la femme. Elle s'excuse de donner ce conseil, sous le prétexte que « les cas « extrêmes exigent des mesures extrêmes » et « je sais, dit-« elle, par expérience, que, si une autre sage-femme est ap-« pelée, elle se *prend de bec* avec la première, et que leur fureur

« leur fait oublier, et leur patiente et leur devoir. Il vaut donc « mieux vivre entre les mains d'un chirurgien courageux et « habile, que de mourir entre celles d'une sage-femme igno- « rante et maladroite. »

Il semble donc que, à mesure que le public a été rendu plus prudent par la lecture des ouvrages obstétricaux, l'ignorance des sages-femmes est devenue de plus en plus manifeste. Le médecin suivait le développement de son temps, la sage-femme restait stationnaire. L'un écrivait des ouvrages sérieux sur l'obstétrique, que l'autre, sauf de rares exceptions, ne pouvait même pas lire. Quoi de plus naturel, que les femmes intelligentes préférassent le maître à l'élève inepte, et remissent leur vie entre des mains habiles, plutôt qu'entre celles des illettrées. Il était inévitable que le médecin, qu'on appelait en hâte dans les cas graves, ou que l'on confinait dans la chambre voisine pour parer à un accident, arrivât, malgré la tradition, les préjugés et la religion, malgré lui-même, car, longtemps la pratique des accouchements a été considérée comme déshonorante, à occuper la place de la sage-femme auprès du lit de la femme en travail. La bataille entre l'ignorance et l'instruction n'est jamais à armes égales. Chrétien doit mourir ou Apollyon doit céder (1).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Des caractères anatomiques du sang chez le nouveau-né pendant les premiers jours de la vie. Note de M. G. Hayem, présentée par M. Vulpian.

I. A sa sortie des capillaires cutanés, le sang du nouveau-né est

---

(1) Ceci est une allusion à un livre religieux, très-connu des protestants : *Le voyage du chrétien vers la cité céleste*, par Bunyan, c'est une peinture de la lutte du bien contre le mal. A. C.

noir, presque à l'égal du sang veineux, et cette couleur, très-accusée chez l'enfant n'ayant encore fait qu'un petit nombre d'inspirations, s'atténue un peu au bout de quelques heures, mais elle persiste pendant les premiers jours de la vie jusqu'à une époque encore indéterminée. Elle est encore plus noirâtre que celle du sang de l'adulte, douze jours après la naissance.

II. Sous le rapport de leurs dimensions, les globules rouges sont beaucoup plus inégaux que chez l'adulte : les plus grands dépassent les grands globules de l'adulte et, de même, les plus petits sont plus petits que chez ce dernier. Voici les résultats obtenus par mes mensurations micrométriques :

			μ
Diamètre du plus petit globule nain			3,25
—	moyen des globules nains		5,5
—	—	petits globules	6,3
—	—	globules moyens	7,5
—	—	grands	7,5
—	—	géants	9,5
—	du plus grand globule		10,25

Ces globules de dimensions diverses sont mélangés dans des proportions irrégulières, qui, en se modifiant sensiblement d'un jour à l'autre, rendent impossible la détermination précise de la moyenne générale des dimensions globulaires.

III. Les globules rouges de l'enfant paraissent différer légèrement des globules d'adulte au point de vue de leur composition intime. En effet, ils s'endosmosent et se forment plus rapidement au contact des réactifs et de l'humidité; les petits globules notamment se transforment facilement en globules sphériques.

IV. Le nombre des globules rouges contenus dans 1 millimètre cube est à peu près aussi élevé, au moment de la naissance, que chez les adultes les plus vigoureux, et, par suite, toujours notamment supérieur à celui des globules du sang de la mère. Le chiffre moyen résultant de numérations faites sur dix-sept enfants est de 5,368,000. Le chiffre le plus fort est de 6,262,000 et le plus faible de 4,340,000. Le résultat fourni par ces numérations paraît être influencé par la manière dont est faite la ligature du cordon. Sur six enfants qui ont eu le cordon lié immédiatement, le chiffre moyen est de 5,087,000. Sur huit enfants dont le cordon n'a été lié qu'après cessation des battements de l'artère ombilicale, la moyenne est de 5,576,000, ce qui fait une différence de 489,000 en faveur de ces derniers. Cette différence persistait encore au bout de quarante-huit heures, mais elle n'était plus à ce moment que de 432,009 Je n'ai pas cherché si elle était encore appréciable au bout d'un temps plus long.

V. Le pouvoir colorant du sang de l'enfant (c'est-à-dire la propor-

tion d'hémoglobine déterminée à l'aide du procédé chromométrique que je mets en usage) est, en moyenne, aussi fort que celui de l'adulte.

VI. Au moment de la naissance, on trouve les mêmes variétés de globules blancs que chez l'adulte. Toutefois, ces éléments sont un peu plus petits, et ceux de la petite variété, nommés *globulins,* sont relativement plus abondants. Pendant les deux ou trois premiers jours de la vie, le nombre de globules blancs est trois ou quatre fois plus grand que chez l'adulte. La moyenne de mes numérations indique, pour les quarante-huit premières heures, 18,000 globules blancs par millimètre cube, tandis que chez l'adulte la moyenne des globules blancs est d'environ 5,000.

VII. Après la naissance, le sang de l'enfant éprouve des modifications importantes.

Dans une première période correspondant à la diminution du poids du nouveau-né, le nombre des globules, tant rouges que blancs, reste stationnaire ou augmente légèrement, puis, au moment où l'enfant arrive à son minimum de poids, c'est-à-dire en général le troisième jour, on observe à la fois un abaissement brusque et considérable dans le nombre des globules blancs, qui, de 18,000 descend à 6,000 ou même à 4,000, et une élévation dans le nombre des rouges, qui atteint, en général, son maximum.

La diminution du nombre des globules blancs est un phénomène constant, mais, chez quelques enfants, le chiffre minimum de ces éléments n'est atteint que douze ou vingt-quatre heures après l'abaissement minimum du poids du corps. Quant à l'élévation du chiffre des rouges, elle est très-variable (de 100,000 à 600,000) et non constante. Le nombre de ces derniers globules ne dépend pas d'ailleurs uniquement de la perte aqueuse que l'enfant peut éprouver par suite de l'inanition des premières heures ; il est influencé également et surtout par la production plus ou moins abondante de nouveaux éléments, et probablement aussi par l'activité plus ou moins grande dans la résorption de la lymphe qui imbibe les tissus du nouveau-né.

VIII. A partir de l'époque où l'enfant reprend du poids, le nombre des globules blancs se relève un peu ; il présente des oscillations plus fortes que chez l'adulte, et reste en général plus élevé que chez ce dernier jusqu'à une époque encore indéterminée. Il est alors en moyenne de 7,000 à 9,000. Le nombre des globules rouges devient et reste définitivement plus faible, et, dans le cours de la seconde semaine, on constate habituellement une diminution d'environ un demi-million sur le chiffre initial.

IX. Les fluctuations dans la composition anatomique du sang, tant sous le rapport des variétés de globules que de leur nombre, sont très-sensibles d'un jour à l'autre, et c'est là un des caractères les

plus frappants du sang de l'enfant. Pour les enfants qui se développent normalement, ces fluctuations sont, à partir du troisième jour, complètement indépendantes des variations dans le poids ; elles paraissent résulter uniquement de la formation plus ou moins active d'éléments nouveaux et, par suite, le nombre des globules est inversement proportionnel à la moyenne des dimensions globulaires ; les augmentations coïncidant avec les plus fortes proportions des petits globules ; les diminutions, au contraire, avec l'augmentation des dimensions moyennes de ces éléments.

Les modifications d'un jour à l'autre dans la proportion des globules de diamètres différents entraînent des fluctuations correspondantes dans le pouvoir colorant du sang. Non-seulement ce pouvoir colorant varie d'un jour à l'autre pour l'unité des volumes, mais encore il est rarement proportionnel au nombre des globules. La valeur individuelle de ces éléments peut osciller, chez le même enfant, de 0,85 à 1,05 (1 représentant la moyenne normale de l'adulte), et pareil écart s'observe quelquefois d'un jour à l'autre.

X. Le sang du nouveau né présente, on le voit, des caractères lui appartenant en propre et assez importants pour qu'on puisse le désigner sous le nom de *sang fœtal*. Ce caractère fœtal est constitué par des éléments ayant encore en partie les caractères des globules de l'embryon. Les fluctuations qu'il éprouve d'un jour à l'autre se rapportent évidemment à son état d'évolution.

Cette étude comportera certainement des déductions pathologiques. Nous ferons observer dès maintenant que, de la comparaison du sang des anémiques avec celui du nouveau-né, il résulte que dans l'aglobulie le sang subit, sous un certain rapport, une sorte de retour vers l'état fœtal.

(*Séance du 27 mai 1877, Gaz. méd. de Paris*).

Sur les altérations histologiques de l'utérus, dans leurs rapports avec les principales maladies de cet organe. Mémoire de M. A. Courty.

On peut diviser en trois catégories les altérations histologiques de l'utérus :

1° Sur l'utérus, comme sur tous les autres organes, on observe le développement histologique d'altérations qui caractérisent des affections diathésiques, fibrome sarcome, tubercules, cancer, etc., et les altérations ou plutôt les éléments qui les caractérisent présentent, ici comme ailleurs, la même structure, la même origine, la même terminaison.

2° Sur l'utérus comme sur tous les organes, on observe des altérations des tissus ou mieux des éléments constitutifs de ces tissus en rapport avec le développement, avec l'évolution de ces mêmes élé-

ments histologiques et des altérations nutritives dont ils sont atteints, par l'effet de leur propre manière de vivre ou sous l'influence des diverses localisations morbides. Telles sont les altérations caractéristiques de l'inflammation, de la suppuration, de l'engorgement, de l'hypertrophie, de l'atrophie, des dégénérescences adipeuse, athéromateuse, des altérations vasculaires, etc.

3° Sur l'utérus enfin, à la différence de ce qui se passe sur les autres organes, non-seulement les altérations histologiques dont nous venons de parler ont une évolution plus fréquente, plus rapide, en rapport avec le mode de vitalité propre à l'utérus, mais encore il s'y manifeste des évolutions de tissu qui n'ont aucune analogie avec celles des autres organes, ni pour la forme, ni surtout pour l'activité du développement, et qui tiennent à ce que les divers tissus de cet organe sont dans un état continuel d'évolution progressive ou régressive, toujours en instance d'organisation ou de désorganisation, et, bien plus, chose singulière et unique pour cet organe, à ce que dans ses tissus, en apparence constitués d'une manière définitive, il se rencontre, ce qui ne se voit dans aucun autre tissu, des éléments absolument embryonnaires, qui ne se trouvent normalement, en dehors de l'état pathologique, que dans l'embryon, et qui sont le signe anatomique le moins équivoque ou le plus affirmatif de cet état caractéristique d'évolution continue, d'organisation mobile, en équilibre instable, en oscillant constamment entre une tendance hypertrophique et une tendance atrophique, qui est le trait d'organisation de l'utérus à la fois le plus saillant et le plus spécial.

(*Séance du* 28 *mai* 1877, *Gaz. méd. de Paris*).

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Tout entière absorbée par la discussion sur la fièvre typhoïde qui dure depuis plusieurs mois, l'Académie n'a pu aborder aucun autre sujet. Nous signalerons cependant, parmi les travaux qui ont été communiqués pendant le mois dernier, le rapport lu par M. Devilliers au nom de la Commission de l'hygiène de l'enfance et une intéressante observation d'hydrophobie rabique, observée à la suite d'une grossesse.

Hygiène de l'enfance. — On sait que l'Académie a choisi, dans son sein, une commission exclusivement chargée d'étudier les questions relatives à l'hygiène de la première enfance.

Cette commission est ainsi composée :

M. Boudet, président, MM. Bergeron, Broca, Chauffard, Delpech,

Devergie, Fauvel, Théophile Roussel et Devilliers, secrétaire rapporteur.

Dans un long et intéressant rapport, lu dans les séances du 19 et du 26 juin, M. Devilliers a analysé les principaux travaux adressés à l'Académie et fait connaître de nombreux documents sur les questions relatives à la mortalité de l'enfance. Nous reproduisons les conclusions de ce rapport qui ont été adoptées par l'Académie, dans sa séance du 26 juin.

La commission constate avec plaisir, dit le rapporteur, que, grâce aux efforts des médecins qui ont cherché à répandre des conseils hygiéniques salutaires, l'allaitement maternel et les soins donnés aux jeunes enfants sont en progrès dans plusieurs des départements qui ont adressé des documents pour 1875. Elle constate aussi que si l'allaitement artificiel ne fournit en général que des résultats encore peu satisfaisants, sur tout dans certaines parties de la Normandie, il en donne cependan de passables là où le lait est abondant et de bonne qualité, et où lest mesures hygiéniques sont dirigées avec le plus d'intelligence et surveillées avec le plus d'assiduité.

Quant à l'alimentation prématurée, partout ses conséquences se montrent constamment déplorables.

Le nombre des mort-nés (ou la morto-natalité) n'est soumis à aucune règle fixe ; il est variable, non-seulement selon les localités, mais surtout selon les professions, se montrant plus élevé dans les centres industriels et dans les grandes villes où les fatigues de tout genre sont communes chez les femmes. Nous acquérons, de plus en plus, les peuves que le déchet remarqué chaque année dans le chiffre de la population en France est, non-seulement la conséquence de la mauvaise direction des soins donnésaux enfants, mais est dû, en bonne partie, à la stérilité volontaire, qui diminue d'une manière sensible la proportion des naissances.

Les vœux exprimés dans les divers travaux dont nous venons d'exposer l'analyse se résument encore cette année en la nécessité : 1° d'une surveillance active de l'industrie des nourrices, et 2° dans la constatation régulière des décès sur l'étendue du territoire. L'Académie appelle donc avec instance la mise à exécution de la loi pour la protection des jeunes enfants, votée par l'Assemblée nationale, en 1874. Elle appuie aussi, de tous ses efforts, les conseils donnés aux grands centres industriels d'adopter des modes de secours qui permettent : 1° aux femmes enceintes, d'éviter les trop grandes fatigues professionnelles ; 2° à celles qui sont accouchées, de donner des soins réguliers à leurs enfants, en les allaitant elles-mêmes pendant les premiers mois.

Après la lecture de ce rapport, M. Depaul fait remarquer que la commission de l'enfance n'arrive pas à des résultats très-satisfaisants. La

commission s'évertue à distribuer des petits livres dans les campagnes, qui sont sans aucune influence sur les mères et les nourrices. Il n'y a qu'un moyen d'atténuer la mortalité de l'enfance, c'est de fournir de bonnes nourrices, et ce résultat ne peut être obtenu qu'avec de l'argent.

M. Guérin fait remarquer que la commission d'hygiène de l'enfance n'est pas une commission d'initiative chargée de travailler directement à l'avancement de cette branche de l'hygiène. Cette commission a surtout pour mission de rendre compte des travaux envoyés par les médecins, en réponse aux programmes de l'Académie, et de donner des récompenses aux plus méritants.

En ce qui concerne les secours pécuniaires, comme moyens de favoriser l'allaitement par les nourrices, on ne peut qu'en reconnaître l'utilité et la nécessité. M. Guérin a eu l'occasion de rappeler, à plusieurs reprises, les avantages trop négligés et mal appréciés de l'allaitement artificiel, comme moyen de suppléer à l'allaitement maternel quand celui-ci fait absolument défaut. Il commence par reconnaître la supériorité absolue de l'allaitement maternel, lorsqu'il est possible avec les conditions indispensables à son succès ; mais à son défaut, il préfère l'allaitement artificiel à l'allaitement par les nourrices. Le lait de vache est à la disposition de tous et accessible à toutes les bourses ; on n'aurait donc pas besoin de tant d'argent pour assurer les bienfaits de son emploi.

Hydrophobie rabique chez la femme. — M. le Dr Couzier communique à l'Académie, par l'intermédiaire de M. Bouley, une observation d'hydrophobie rabique qui présente un certain intérêt au point de vue gynécologique.

Cette observation peut se résumer de la manière suivante :

Madame P..., âgée de 42 ans, enceinte de sept mois et demi, a été mordue à la main dans les premiers jours de février 1877, par une chatte *en rut*, qui était restée enfermée pendant vingt-quatre heures dans une alcôve, sans aliments et sans eau.

La malade paraît n'avoir conçu aucune préoccupation sur les conséquences possibles de cette morsure.

Elle est accouchée, le 25 mars 1878, à terme et sans accident. Huit ou neuf jours après ses couches, elle a repris ses occupations, n'accusant ni souffrance, ni fatigue, conservant toutefois, par les organes génitaux, un écoulement sanguin peu considérable.

Le dimanche, 6 mai 1877, quatre-vingts ou quatre-vingt-dix jours après la morsure, cet écoulement se supprima brusquement. En même temps, Madame P..., éprouvait quelques malaises généraux mal

définis, tels que douleurs musculaires, courbature, crampes dans les membres, céphalalgie; malaises qu'elle attribuaaux fatigues du samedi, jour du marché, L'enfant qu'elle allaitait eut une diarrhée légère.

Dans la nuit du 9 au 10 mai, vers quatre heures du matin, au milieu d'un sommeil jusque-là très-calme, elle fut réveillée par une sensation de constriction à la gorge et une gêne extrême dans la respiration. Cette gêne est telle que la malade se précipite hors de son lit, court à la fenêtre et cherche dans l'inspiration d'un air plus frais un soulagement à la dyspnée qui l'oppresse. Ce premier accès, qui dura deux heures, permettait déjà de soupçonner une affection rabique.

L'affection ne tarde pas à se confirmer. La malade a conscience de la gravité de son état. Elle invoque avec des accents désespérés les secours de l'art. Elle appelle son enfant, son mari, auxquels elle prodigue les expressions de sa tendresse et qu'elle repousse presque aussitôt avec colère pour se jeter du côté opposé du lit, la face tournée contre le jour. Tout d'un coup elle se dresse, rejette ses couvertures, pousse des cris inarticulés. Sa figure est effrayante par l'expression d'égarement et de terreur qu'elle accuse. Cette scène dure vingt minutes.

Le 11 mai, les accès deviennent plus fréquents et plus terribles. A grand'peine on obtint de la famille l'aveu de la morsure. Il n'y avait donc plus de doute possible.

Le 12 mai, le spasme, l'horreur des liquides, la dyspnée, l'effarement, la crainte d'une mort prochaine, le délire sont portés aux dernières limites.

La malade n'essaie pas de mordre, mais par moments il se produit du trismus et une roideur tétanique du tronc et des membres.

Vers six heures du soir, elle demande à boire et avale quatre tasses d'eau, deux bols de bouillon et une demi-bouteille de vin, bientôt après rejetés par des vomissements.

A huit heures du soir, accès des plus violents qui dure deux heures; le pouls est à 18°. Mort à onze heures du soir.

La famille a trouvé une nourrice qui a bien voulu se charger de l'enfant, dont la santé est demeurée excellente jusqu'à ce jour, 15 juin 1877. Un autre enfant, mordu en même temps que la mère, n'a éprouvé aucun accident.

(*Séance du* 19 *et du* 26 *juin* 1877.)

Dr Lutaud.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Kyste multiloculaire du ligament large droit. — Gastrotomie. — Mort. Par M. Gilette.

Les deux ovariotomies que j'ai pratiquées à la fin de l'année der

nière et qui ont été suivies de guérison, n'ont présenté aucune particularité digne de vous être signalée : c'est la seule raison pour laquelle je ne suis pas venu lire ces deux observations devant la Société. Il n'en est pas de même d'une troisième opération de ce genre que je viens de faire au mois de janvier dernier, et qui s'est terminée par la mort : elle m'a paru offrir, surtout eu égard à la variété de kyste à laquelle j'ai eu affaire, et aussi aux difficultés du diagnostic, quelques points intéressants qui méritent d'attirer votre attention. C'est cette observation que je vous demande la permission de vous exposer aujourd'hui.

Delorme (Madeleine), née à Blamont (Meurthe-et-Moselle), âgée de 49 ans, domestique, entre à l'Hôpital Temporaire le 29 novembre 1876 dans le service de M. Damaschino. Ses antécédents héréditaires n'offrent rien de particulier à noter, ses parents sont morts à un âge très-avancé.

Formée à 12 ans, elle a toujours eu des menstrues régulières mais peu abondantes, qui ont définitivement cessé au mois d'août 1876; mariée, elle n'a jamais eu ni fausse couche, ni enfant, absolument rien comme manifestation diathésique. En 1849, elle fut atteinte du choléra. Elle a toujours mené une existence assez nomade, a séjourné plusieurs années à Paris, à Lyon, puis à Marseille ; enfin elle revint il y a 18 mois dans notre capitale où nous la voyons, traînant d'hôpital en hôpital, entrer successivement à Lariboisière, à Saint-Louis, au Temporaire.

C'est à une époque antérieure à la dernière guerre qu'elle fait remonter le développement anormal de son ventre sans qu'elle ressentît d'autres troubles, d'ailleurs, qu'une certaine fatigue lorsqu'elle portait des paquets un peu lourds. Jusqu'au mois d'avril 1876 l'état général était resté cependant assez bon, et cette femme n'avait interrompu son travail qu'à de rares intervalles ; toutefois, elle avait senti sa tumeur, d'abord peu volumineuse et siégeant manifestement à droite, s'étendre progressivement en haut et du côté de la ligne médiane.

A cette époque elle entre à Saint-Louis, dans le service de M. Péan suppléé par M. Nicaise, où elle est prise de phéblite du membre abdominal gauche tout entier, caractérisée par des douleurs vives et surtout par un œdème qui part du pied et remonte jusqu'à l'aine du même côté. Ces accidents la forcèrent de garder le lit pendant six semaines, pendant lesquels elle présenta, dit-elle, également un léger œdème de la face qui s'accentuait surtout la nuit pour disparaître le matin ; elle se rappelle aussi, à ce moment, avoir éprouvé de violentes douleurs lombaires, ses urines étaient très-foncées et rares : guérie de sa phlébite, elle fut envoyée, dans le courant de septembre de la même année, au Vésinet où elle fut prise de nouveau de douleurs abdominales assez vives, qui l'obligèrent à rentrer à Saint-

Louis en octobre, cette fois dans le service de M. Duplay; au bout d'un mois, nouveau séjour au Vésinet où elle ne demeure que quelques jours pour être dirigée sur l'hôpital Temporaire, parce qu'il lui restait encore un peu d'œdème de la jambe gauche. L'appétit était cependant bon, l'état général plus satisfaisant, bien que la face fût bien pâle et un peu bouffie, mais la marche surtout était rendue plus pénible par le développement considérable du ventre ; il n'y avait pas de vomissements, les selles étaient régulières, les mictions fréquentes et peu abondantes.

Sur la prière de M. Damaschino, j'examinai cette femme et je constatai que l'abdomen, peu uniforme, asymétrique, était au moins aussi préominent de chaque côté qu'en avant : on arrivait par le palper sur une masse irrégulière, peu mobile, très-fluctuante en certains points, à droite, en avant et en bas principalement, et présentant dans d'autres endroits des bosselures arrondies ou sous forme de plaques très-dures en haut et à gauche, à droite de la ligne médiane et dans l'hypochondre droit. Il ne me parut pas y avoir de liquide ascitique.

Dans l'hypochondre gauche, dans les flancs, surtout celui du côté gauche et à l'épigastre, il existait de la sonorité : les veines abdominales étaient assez dilatées, principalement à droite.

Le toucher vaginal nous apprit que l'utérus peu mobile était fortement porté en avant contre la symphyse pubienne, le col rejeté à droite. Le cul-de-sac antérieur subsistait encore, le cul-de-sac postérieur était en grande partie effacé par la présence d'une masse bosselée, rénittente, se prolongeant surtout à gauche et dont on pouvait se rendre un compte plus exact par le toucher anal, il n'y avait pas toutefois de transmission bien nette entre cette tumeur et la main appliquée et pressant sur l'abdomen.

Au niveau d'une circonférence passant au-dessus de la base du sacrum et par l'ombilic, le ventre mesurait 113 centimètres, de temps à autre la malade éprouvait des coliques et se plaignait surtout de douleurs lombaires vives.

Mon diagnostic fut : kyste multiloculaire de l'ovaire droit avec poche plus volumineuse située à droite et des masses demi-solides, dures, probablement constituées par l'accumulation d'une foule de petits kystes à contenu gélatineux, et avec prolongement certain dans le petit bassin ; la question d'adhérence restait indécise, mais j'étais plutôt disposé à en accepter l'existence tout au moins au niveau des parois abdominales, les intestins me paraissant libres.

En raison de cet état local peu encourageant et surtout d'un état général que la malade, réclamant l'opération de toutes ses forces, cherchait à nous représenter comme excellent, mais qui ne me laissait pas non plus, je l'avoue, très-bonne impression, je résolus, de concert

avec mes collègues MM. Polaillon et Nicaise, qui avaient bien voulu examiner avec soin la malade, de différer toute intervention.

Sur ces entrefaites, l'idée d'une opération fut définitivement écartée par la survenance d'accidents sérieux que la malade présenta du côté de la poitrine et que M. Damaschino caractérisa d'œdème des deux poumons. Au bout de trois semaines tout rentra dans l'ordre, et la malade se trouvant mieux réclamait l'opération : après un nouvel examen minutieux, je me décidai à ne rien faire, j'alléguai qu'elle était encore rop faib'e, je quittai l'hôpital temporaire, dont M. Nicaise venait de prendre le service, enchanté de ne pas avoir souscrit au désir de cette malade.

Le 20 décembre, le développement peu considérable de la masse kystique, qui commençait à gêner la respiration, nécessita une ponction à droite ; M. Nicaise retira dix litres de liquide verdâtre et filant. Un grand soulagement suivit cette ponction : cette femme put dormir dans le décubitus latéral ou dorsal, ce qui lui était impossible auparavant, elle reprit de l'appétit et ses forces revinrent. Elle m'écrivit alors deux lettres extrêmement pressantes, me suppliant de l'opérer, menaçant même de se suicider si je ne voulais pas la satisfaire. J'eus la faiblesse de retourner la voir : je lui représentai, sous toutes formes, le peu de chance qu'elle avait d'en réchapper ; j'exagérai même beaucoup et à dessein : elle persista et ce fut sur ses sollicitations réitérées que je pratiquai l'*ovariotomie* le 24 janvier 1877, en présence et avec l'aide de MM. Sée, Polaillon, Nicaise et Leblond, qui avait bien voulu se charger du chloroforme, et de MM. les internes Bazy, Leroux et Walsdorff.

Incision de la paroi abdominale depuis l'ombilic jusqu'au pubis, assez grande vascularisation de cette paroi. Incision du péritoine sur la sonde cannelée. On aperçut alors la paroi du kyste recouverte d'une lame séreuse, masquant une grande quantité de grosses veines rampant à la surface de la poche ; après avoir incisé cette lame, je ponctionnai avec le gros trocart annexé à l'appareil Potain (grand modèle) et retirai 5 litres de liquide visqueux, mélangé à la fin à une bouillie légèrement grumeleuse semblable à une émulsion. J'attirai déjà un peu la masse à l'aide des pinces dentées à traction et je la sentis s'ébranler ; une 2e, puis une 3e ponction ne fournirent que peu de liquide, mais je pus dégager encore plusieurs bosselures vers la partie supérieure : au moment où j'exerçais des tractions avec les pinces, une poche assez volumineuse se creva en bas spontanément, je laissai le liquide s'écouler à l'extérieur et pas une goutte ne tomba dans la cavité pelvienne. Nous nous aperçûmes alors que la masse tout entière était bien moins maintenue par les adhérences que par l'enveloppe péritonéale vasculaire, que j'avais incisée au commencement de l'opération ; j'achevai de couper avec des ciseaux cette lame

séreuse dans toute sa circonférence supérieure interne et externe, en appliquant des pinces en T sur sa surface de section, et je pus alors *énucléer* et faire basculer toute la tumeur qui s'échappe à l'extérieur sans être retenue par aucun pédicule. J'avais eu affaire à un kyste multiloculaire du ligament large droit, peut-être développé aux dépens du corps de Rosenmuller, et qui en se développant avait en quelque sorte dédoublé les deux lames séreuses qui constituent ce ligament.

Une seule adhérence séreuse existait au niveau de la surface externe du fond de l'utérus : elle fut sectionnée circulairement, fixée dans l'angle inférieur de la plaie avec l'ovaire correspondant et touché ultérieurement avec le perchlorure de fer, tous les bords cruentés de la membrane qui formait l'enveloppe du kyste furent réunis, solidement liés en plusieurs faisceaux par des fils de chanvre, et fixés à l'extérieur entre les lèvres de la plaie. Je procédai à la toilette du péritoine et fis la suture avec soin et très-rapidement à l'aide de fils métalliques et de 6 épingles à tête de verre, en comprenant le péritoine pariétal dans toute la longueur de ma suture, sur laquelle j'appliquai un *pansement ouaté collodionné* ; pour cela, je glissai sous les extrémités des épingles deux bandes de linge, et j'étendis sur tous les points de réunion une couche de collodion mêlé à des nuages de ouate : une fois le tout desséché j'appliquai sur le ventre une couche épaisse d'ouate et un bandage de corps de flanelle modéré serré. L'opération avait duré à peu près 1 heure 1/2.

La tumeur était constituée par des kystes multiples, dont deux très-volumineux, contenant les uns un liquide visqueux, louche ou verdâtre, d'autres une sorte de gelée rougeâtre, d'autres enfin une bouillie mélicérique ; l'épaisseur de leurs parois était variable : les unes présentaient une paroi fibreuse, mais un grand nombre avaient des coques minces à travers lesquelles on pouvait facilement distinguer le contenu.

Le 24, 2 heures. — Le pouls est à 110, la température 37, la malade eut quelques nausées et quelques soubresauts des membres inférieurs, cathétérisme. Glace, opium, potion de Tood.

Le soir le pouls à 120, la température 37, vomissements de quelques gorgées de liquide un peu verdâtre. La malade éprouva des douleurs très-vives du côté des reins, soif ardente, eau glacée, potion codéine.

Le 25. — Insomnie à cause des douleurs lombaires, ventre souple et à peine sensible, urine légèrement colorée, peau moite, encore quelques vomissements ou plutôt régurgitations, langue pâteuse, pouls 120. T. 38.

Le 26, 8 heures. — La malade a un peu reposé la nuit, toujours des régurgitations, pas de vomissement porracé, le ventre légèrement

ballonné à l'épigastre mais peu douloureux, 140 P., 38 T., elle urine seule. Vésicatoire sur le ventre.

11 heures. — Affaiblissement très-grand, traits tirés, voix cassée, filiforme, frisson suivi de sueurs abondantes, symptôme d'algidité, quintes de hoquet très-pénibles.

5 heures. — 36,7 T. P. 150, le ballonnement à l'épigastre a augmenté, tympanite aux flancs, pas de douleur à la pression du ventre. Elle supporte un peu de bière très-froide.

11 heures du soir. — Nouveau frisson suivi de sueur.

Le 27, 3 heures du matin. — La malade meurt sans agonie, ayant toute sa connaissance et parlant jusqu'au dernier moment. Elle avait été opérée le 24.

Autopsie, 30 heures après la mort :

Ballonnement du ventre. La suture semble intacte. J'enlève la paroi abdominale de façon à examiner facilement la postérieure. Les anses intestinales et l'estomac sont fortement distendus par des gaz et médiocrement injectés, pas d'adhérences, pas de fausses membranes, les deux lèvres de l'incision opératoire sont complètement réunies par première intention, mais plusieurs des fils qui étreignaient la bordure du ligament large incisé et qui avaient été placés entre les lèvres de l'incision, *sont rentrés dans la cavité abdominale* dans l'étendue de 2 centimètres environ. Tout d'abord on ne voit pas de trace de péritonite, mais quand on a écarté le paquet intestinal, on constate que le petit bassin est rempli par un liquide purulent et un peu rougeâtre qui semble avoir remonté dans les régions lombaires : il y a déterminé une péritonite caractérisée par une injection vive, et la production de fausses membranes purulentes qui relient entre elles les masses intestinales avoisinant la région et par leur partie postérieure seulement. La péritonite n'est donc nette que dans les régions indiquées ci-dessus.

(*A suivre*).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Examen histologique d'une grossesse extra-utérine abdominale avec hématocèle. — M. DE SINÉTY a examiné des pièces anatomiques à lui confiées par M. Dumontpallier. Il s'agit d'une grossesse extra-utérine, variété abdominale, compliquée d'hématocèle chez une femme bien réglée antérieurement, et qui, pendant cette grossesse, a continué à présenter des écoulements sanguins analogues aux règles.

A l'autopsie, on a trouvé les principaux résultats suivants, outre le kyste sanguin : le fœtus avait 5 centimètres de longueur ; le placenta, inséré au voisinage de la trompe, en restait néanmoins indépendant

et avait une épaissenr de 2 centimètres; le tissu ne présentait pas de différence avec les placentas du même âge, sauf qu'une troisième couche séreuse, celle de l'enveloppe péritonéale, venait s'ajouter aux deux couches ordinaires des villosités et de la caduque à grosses cellules. De plus aussi, il n'y avait ni glandes, ni lacunes.

A propos des cellules des villosités, M. de Sinéty rappelle que Kœlliker les considère comme étant de nature épithéliale, tandis que Ercolani pense que ce sont peut-être des globules blancs. Pour lui-même, il serait porté à croire à leur origine lymphatique.

L'utérus avait 9 centimètres de long ; la muqueuse était lisse, sans gonflement ni perte de substance, et sans caduque apparente. A l'examen microscopique, au lieu de trouver les glandes s'abouchant à la superficie, on trouvait une couche composée d'éléments embryonnaires avec de gros vaisseaux, qui oblitérait la couche glandulaire.

L'ovaire droit, qui était plus volumineux, contenait un corps jaune de la grossesse. Sa surface était tapissée, par places, de fausses membranes adhérentes, et, à ce point, l'épithélium de l'ovaire avait disparu. Au contraire, dans le cas de non-adhérence, l'épithélium était conservé et revêtait la fausse membrane.

Spina bifida avec bourgeonnement osseux. — M. Houel, qui a déjà présenté cette pièce à la Société de chirurgie, fait ressortir l'intérêt pathogénique qu'elle présente. On trouve, chez cet enfant nouveau-né et à terme, une exostose cartilagineuse, en forme de lance ou de bourgeon de pommier, et faisant saillie d'avant en arrière, au niveau des troisième et quatrième vertèbres lombaires. On voit clairement que cette petite tumeur a refoulé la moelle, puis l'a sectionnée sur la ligne médiane et, enfin, est venue s'engager dans le spina bifida.

(*Séance du 26 mai* 1877.)

Cas d'utérus fœtal avec ovulation sans menstruation. — M. de Sinéty relate le cas d'une femme de 28 ans, morte de phthisie pulmonaire à l'hôpital Lariboisière, et qui n'avait jamais été menstruée.

(Voir la note de M. Synety, page 257.)

(*Séance du 2 juin* 1877.)

Dr HOTTENIER.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Transactions of the American gynecological Society for the year 1876. — Boston 1877 — (Compte-rendu des travaux de la *Société gynécologique américaine* pour l'année 1876).

L'Angleterre possède deux Sociétés de Gynécologie, celle de Londres et celle d'Edimbourg, qui fonctionnent depuis longtemps et publient chaque année un grand nombre de travaux importants. La prospérité de ces sociétés et leur rapide extension sont une preuve suffisante de leur utilité. L'Amérique, qui possède tant de gynécologistes éminents, ne pouvait rester en retard et la Société américaine de gynécologie fut fondée en 1876.

Nous lui avons souhaité la bienvenue à l'époque de sa fondation et, si nons en reparlons aujourd'hui, c'est pour signaler l'apparition du premier volume des *Transactions* qui témoigne par son importance de l'activité et du savoir des zélés fondateurs de la Société.

La plupart des travaux qui sont conteuus dans ce volume ont déjà été l'objet d'une courte annalyse dans les *Annales* au fur et à mesure qu'ils étaient lus et discutés. Nous n'y reviendrons pas aujourd'hui et nous nous contenterons d'appeler l'attention sur l'heureux arrangement des matières et sur le soin qui a présidé à la rédaction de ce magnifique volume. Grâce à ces qualités qui dénotent de la part de M. Chadwick, secrétaire général de la société, une grande habileté, ce volume est une des meilleures collections de travaux gynécologiques qui aient été publiés dans l'année.

Nous signalerons encore dans les *Transactions*, un discours d'ouverture prononcé par M. Fordyce Barker, le premier président élu et qui contient un excellent aperçu des progrés de la gynécologie pendant ces vingt dernières années; une notice biographique due à la plume de M. Paul Mundé, sur Simon, de Heidelberg, membre honoraire de la Société. Ce volume contient en outre plusieurs planches très-bien faites ; il est d'une exécution typographique irréprochable et nous ne doutons pas qu'il fasse le plus grand honneur à la littérature médicale américaine.

Dr Lutaud.

Mémoire sur la nature et le traitement des convulsions des femmes enceintes et en couches, par le Dr Charles (de Liége) (1).

Peu de sujets ont donné lieu à autant de controverses que les convulsions puerpérales. Des travaux nombreux ont été écrits sur la matière sans pouvoir arriver à démontrer d'une façon évidente la nature de ces convulsions. Aussi devons-nous savoir gré au docteur Charles d'avoir résumé, d'une façon claire et succincte, les diverses opinions qui ont cours dans la science sur la nature de ces convulsions.

Le travail de notre confrère de Belgique est divisé en deux parties. Dans la première, il étudie la nature de la maladie ; dans la seconde, il passe en revue les diverses méthodes de traitement qui lui sont applicables.

Voici les conclusions qui terminent la première partie :

Les convulsions éclamptiques des femmes enceintes et en couches, comme celles de l'enfance, reconnaissent des causes diverses et doivent, comme celle-ci, leur fréquence et leurs caractères spéciaux aux conditions particulières dans lesquelles se trouvaient les malades et surtout à l'excitabilité de certaines parties des centres nerveux.

Au point de vue de leur genre, on peut les ranger dans le tableau suivant :

1° Eclampsies reflexes (quelquefois albuminurie secondaire) ;

2° Eclampsies mécaniques simples (avec ou sans albuminurie) ;

3° Eclampsies brightiques (albuminurie constante)	mécaniques	
	toxiques	amémoniémiques. créatinémiques.

Quant au traitement, il se trouve formulé dans les propositions suivantes :

1° *Eclampsies mécaniques (du 6e au 9e mois).*

a. Saignée, si le cas est urgent ou s'il y a pléthore vraie ou fausse.

b. Drastiques dans tous les cas qui peuvent être remplacés plus ou moins par la diaphorèse.

c. Chloroforme, quand les accès menacent d'éclater et pendant les convulsions cloniques.

d. Chloral, dans l'intervalle des accès, en lavement qui remplace avantageusement les narcotiques. On peut y joindre l'un ou l'autre antispasmodique, tel que le bromure de potassium.

e. Terminer l'accouchement si possible, provoquer le travail si les accès ne tendent pas à disparaître, forcer l'accouchement dans les cas plus graves.

---

(1) In-8° de 100 pages, chez Manceaux, éditeur à Bruxelles, et chez Delahaye éditeur à Paris.

2° *Eclampsies réflexes (avant 6 mois de gestation et après l'accouchement.*

a. Saignée très-rarement indiquée.

b. Purgatifs toujours assez utiles.

c. Chloroforme, chloral, etc., comme dans les éclampsies mécaniques, insister sur leur emploi et ne pas négliger les antispasmodiques.

3° *Eclampsies toxiques.* — Remplir les indications symptomatiques : émissions sanguines générales ou locales contre la congestion encéphalo-rachidienne si elle est très-prononcée; froid sur la tête, purgatifs, diaphorétiques, bains généraux, révulsifs, narcotiques, anesthésiques, etc.

Tel est, en résumé, l'exposé des indications étiologiques et thérapeutiques contenues dans ce travail. Nous regrettons de ne pouvoir donner une plus grande étendue à l'analyse de cette intéressante monographie.

Aussi, croyons-nous devoir engager les accoucheurs que cette étud intéresse plus particulièrement à lire attentivement cette brochure, ils y trouveront exposés, avec netteté, l'histoire étiologique et thérapeutique de l'une des affections les plus redoutables qui peuvent atteindre les femmes enceintes.

Recherches sur l'albuminurie des femmes enceintes, par le Dr Charles-Henri Petit, ancien interne des hôpitaux de Paris. — La thèse que nous allons analyser est un extrait d'une étude étendue que l'auteur a entreprise sur l'albuminurie des femmes enceintes et l'albuminurie des suites de couches, d'après les recherches qu'il a faites à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. le Dr Peter.

L'albuminurie est, dit l'auteur, le phénomène concomitant le plus constant, sinon la cause de cette épouvantable maladie que l'on appelle éclampsie ; elle peut, d'autre part, sans avoir d'aussi funestes conséquences immédiates, nuire au développement du fœtus, devenir l'origine d'hémorrhagies après l'accouchement, ou encore passer à l'état chronique et entraîner des lésions plus ou moins graves du côté des reins. A ces divers titres, et en raison de l'incertitude qui plane le plus souvent sur son issue, elle mérite de préoccuper sérieusement le médecin. Elle le mérite d'autant plus que bien souvent elle ne se traduit par aucun symptôme et passe inaperçue si l'on n'analyse pas l'urine ; pour peu qu'on l'étudie au lit des malades, on ne tarde pas

---

(1) Thèse de Paris, 1876.

à reconnaître que si parfois quelques signes particuliers mettent sur la voie du diagnostic, l'examen chimique de l'urine peut seul donner une certitude. Aussi, l'auteur conseille-t-il de répéter de temps à autre cet examen chez les femmes enceintes, surtout pendant les derniers mois de la grossesse ; oublier cette précaution, c'est s'exposer à méconnaître un trouble contre lequel la thérapeutique peut beaucoup si l'on intervient à temps, et qui, dans le cas contraire, peut persister à l'état latent et se révéler tout à coup par des accidents aussi graves que difficiles à conjurer.

Les propositons qui vont suivre sont le résumé, sous formes très-abrégées, des idées qui ont été développées dans le cours de l'excellent travail que l'auteur a publié.

1° L'albuminurie est un accident assez fréquent chez les femmes grosses, en travail, ou récemment accouchées.

2° Elle est beaucoup moins fréquente pendant la grossesse même qu'au moment de l'accouchement, et bon nombre de fois elle ne survient que pendant cet acte lui-même.

3° Il y a donc lieu d'en distinguer deux formes : l'albuminurie gravidique proprement dite et l'albuminurie du travail, et de tenir compte de cette distinction si l'on veut se faire une idée exacte de la fréquence de l'albuminurie uniquement imputable au fait de la gestation.

4° Les primipares sont beaucoup plus exposées à cet accident que les multipares.

5° La prédisposition varie aussi d'un âge à un autre, et atteint son maximum chez les femmes les plus jeunes.

6° La fréquence de l'albuminurie paraît rester sensiblement la même dans les grossesses masculines et dans les grossesses féminines.

7° L'albuminurie n'exerce, le plus souvent, aucune influence fâcheuse sur le produit de la conception et l'on peut même dire d'une façon générale que plus le fœtus est volumineux, plus il y a des chances d'albuminurie pour la mère.

8° Dans quelques cas, l'albuminurie réagit à son tour sur le fœtus et nuit à son développement, mais on s'est très-probablement exagéré cette nocivité.

9° Quoi qu'il en soit, cette influence nuisible n'appartient qu'aux albuminuries datant de la grossesse et l'on est en droit de penser qu'elle est subordonnée en grande partie à la date plus ou moins reculée du début de l'albuminurie.

REVUE DES JOURNAUX.

Les inhalations d'éther pendant le travail produisent-elles l'hémorrhagie? par le Dr Francis Minot, médecin de l'hôpital général de Massachusetts. (*Boston medical and Surgical Journal*, 6 avril 1876.)

L'auteur rapporte vingt-quatre cas, dans lesquels les inhalations d'éther ont été employées, et sur ce nombre sept ont été accompagnés d'hémorrhagie *post-partum*. M. Minot n'en conclut pas moins que l'éther est sans action sur la production de l'hémorrhagie, et il s'appuie sur les raisons suivantes :

En effet, sur ces sept malades, six avaient déjà été éthérisées pendant des accouchements antérieurs sans éprouver d'hémorrhagie ; sur trois l'accouchement avait été très-laborieux et avait nécessité l'emploi du forceps. On ne saurait donc attribuer dans ces cas l'hémorrhagie à l'emploi de l'éther.

M. Minot incline cependant à croire que chez certaines femmes épuisées chez lesquelles l'utérus se contracte difficilement, l'éther pourrait avoir quelque influence dans la production de l'hémorrhagie.

L'éther agirait, dans ce cas, en prolongeant le travail et en diminuant le nombre et la force des contractions ; mais la question est loin d'être tranchée dans un sens ou dans l'autre, et les observations recueillies jusqu'à ce jour ne permettent pas de conclure que l'éther ait aucune influence sur le nombre et l'intensité des contractions utérines.

Dr A. Lutaud.

Absence de vagin, par le Dr Karl von Rokitansky. (*Wiener Medizinische Wochenschrift*, mars 1877.)

La femme qui fait le sujet de cette intéressante observation vint consulter M. Rokitansky pour des douleurs se manifestant pendant le coït. L'examen démontra que les tentatives de coït avaient eu lieu par l'orifice uréthral, et que le vagin était totalement oblitéré. La malade présentait le type féminin. Les douleurs lombaires et autres symptômes annonçant l'évolution menstruelle s'étaient manifestés depuis l'âge de 17 ans. L'examen qui fut pratiqué par le rectum démontra la présence d'un utérus qui, quoique rudimentaire, paraissait fonctionner. Sur les instances de la malade, M. Rokitansky procéda à la création d'un vagin artificiel.

Après avoir pratiqué une incision au-dessous de l'orifice uréthral et formé ainsi un cul-de-sac, il en augmenta graduellement la profondeur par des incisions successives jusqu'à ce qu'il fût arrivé sur

l'utérus. L'opération qui avait demandé plusieurs séances réussit très-bien, et la fonction menstruelle ne tarda pas à s'établir régulièrement.

Dr A. Lutaud.

Observation d'atrésie vaginale, par le Dr Symington Brown, de Stoneham (Etats-Unis). (*Boston medical and Surgical Journal*, 6 avril 1876.)

L'atrésie vaginale d'origine congénitale n'est pas très-fréquente, et les procédés opératoires qui ont été proposés dans ces dernières années rendent cette difformité curable dans la majorité des cas.

L'observation rapportée par M. Brown a trait à une femme de 28 ans, mariée depuis un an, chez laquelle toute tentative de coït avait été impossible. Le toucher vaginal fit en effet découvrir une sorte de diaphragme situé à environ 6 centimètres au-dessus de l'orifice vulvaire. Après quelques tâtonnements, on découvrit au centre de cette membrane un petit orifice qui admettait à peine l'introduction de la sonde utérine. L'utérus paraissait normal.

Après avoir éthérisé la malade, le Dr Symington introduisit un petit spéculum dans le vagin et pratiqua trois petites incisions sur la membrane obturatrice de Simpson. Celui-ci fut graduellement dilaté jusqu'à ce que la membrane ait cédé. Un tampon imbibé de glycérine et de laudanum fut ensuite introduit dans le vagin. La malade n'eut aucun accident inflammatoire ; elle porta pendant plusieurs semaines un dilateur en verre de Sims, et la guérison fut aussi complète que possible.

Un an après l'opération, il n'existait aucune rétraction cicatricielle, et les rapports sexuels n'étaient pas douloureux.

M. Symington fait remarquer l'avantage de la lacération sur l'incision dans le traitement de l'atrésie vaginale. Lorsqu'on emploie le bistouri, la guérison n'est jamais complète par suite de la rétraction cicatricielle inévitable.

Dr A. Lutaud.

VARIÉTÉS

Nouveau bout-de-sein artificiel, dit bout-de-sein de verre ou bout-de-sein transparent. Présenté à l'Académie de médecine, séance du 29 mai 1877, par M. Bailly. agrégé libre.

Uue sensibilité excessive, une mauvaise conformation du mamelon,

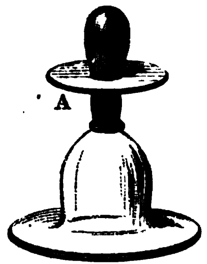
des crevasses douloureuses de cette partie du sein, mettent nombre de femmes dans l'impossibilité d'allaiter leur enfant, ou sont cause qu'elles ne l'allaitent qu'au prix de vives souffrances et d'inconvénients plus fâcheux, tels qu'abcès profonds de la mamelle qu'engendre l'irritation constamment renouvelée des plaies du mamelon par la bouche de l'enfant. Ces difficultés, ces souffrances et ces dangers de l'allaitement, dont nous sommes si souvent témoins à la suite d'une première couche, finissent par épuiser la patience de jeunes femmes, pleines de bonne volonté d'abord et bien décidées à remplir complètement leurs devoirs maternels, et de guerre lasse on se décide à donner une nourrice à l'enfant. Ce premier insuccès est doublement fâcheux; il fait douter à la mère d'elle-même, la décourage pour l'avenir et l'amène à donner un lait étranger à tous ses enfants, alors que, plus heureuse dans sa première tentative d'allaitement, elle les eût tous nourris elle-même.

Je ne veux cependant pas condamner absolument l'usage des nourrices mercenaires, dont il est parfois difficile de se passer; mais on ne peut que regretter vivement l'obligation où l'on se trouve de recourir à leurs services, quand on songe au sort réservé à leurs propres nourrissons, qui trop souvent meurent victimes d'un sevrage prématuré et du manque de soins tenant à l'éloignement de la mère. Pour résumer ma pensée à ce sujet, je dirai: quand une femme réussit à allaiter, on a chance d'élever deux enfants, le sien et celui d'une autre mère laissée à son nourrisson; si cette même femme prend une nourrice, il est à craindre qu'on n'élève qu'un des deux enfants, fréquemment celui de la nourrice périssant par l'action des causes que j'ai indiquées plus haut, surtout s'il est âgé de moins de six mois quand la mère s'en sépare. Cet état de choses crée un danger social dont se sont émus à bon droit les économistes et les philanthropes, et qui donne de l'importance à toute innovation de nature à encourager et à faciliter l'allaitement maternel.]

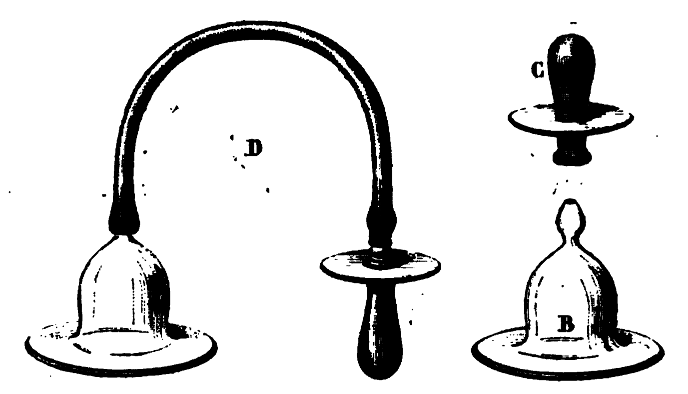
Les bouts de sein artificiels sont certainement le meilleur moyen de remédier aux difficultés de cet allaitement. Bien construits, ils suppléent à la brieveté naturelle du mamelon, l'allongent, le façonnent progressivement, et au bout de quelques jours ou de quelques semaines, permettent au nourrisson de le saisir directement. D'autre part, en préservant le sein d'un contact immédiat, ils favorisent la guérison des gerçures qu'y a fait naître la bouche de l'enfant. Tout le monde a donc compris la nécessité de ces petits appareils, dont on a construit de nombreux modèles, trop connus pour être décrits ici, mais malheureusement tous plus ou moins défectueux. Aucun praticien ne me contredira quand j'avancerai qu'on ne réussit que très-exceptionnellement, par leur usage, à faire téter régulièrement un nouveau-né. Tous les bouts de sein proposés jusqu'à ce jour ont d'ailleurs un

défaut commun, c'est qu'ils sont formés d'une matière opaque ; bois, caoutchouc, parchemin, etc., qui empêche de voir ce qui se passe à la surface du sein ; on ignore donc s'ils sont bien placés, ne recouvrent pas en partie le mamelon, et si le lait s'écoule régulièrement et arrive à la bouche de l'enfant. En fait tous échouent, du moins le plus souvent, et l'argent qu'on consacre à leur acquisition est presque toujours de l'argent perdu.

Frappé de l'insuccès habituel des bouts de sein existants, j'avais cherché à faire quelque chose de mieux, lorsque je trouvai le problème résolu dans l'appareil dont on voit la figure ci-contre A, et qu'avait imaginé la personne qui soignait une de mes clientes. La modestie de cette femme, ne m'ayant pas permis de donner son nom à ce nouveau bout-de-sein, comme c'eût été justice, j'ai appelé celui-ci *bout-de-sein de verre* ou *bout-de-sein transparent*, dénominations qui suffisent pour le caractériser. Deux pièces le composent : 1° une cloche en verre, surmontée d'un léger renflement olivaire *B* ; 2° un ajutage en caoutchouc C, avec plaque d'arrêt, qui n'est autre que l'embout du biberon anglais de Matter et qu'on fixe sur le renflement olivaire de la cloche. Ces deux pièces existent depuis quelques années dans le commerce, et reliées entre elles par un tube de caoutchouc long de 15 à 20 centimètres, forment le petit tire-lait ou téterelle commune, employée dans le peuple pour



Bout de sein transparent.



D. Téterelle commune.

B. Clochette en verre.
C. Ajustage avec sa plaque d'arrêt.

dégorger le sein. Pour faire de celle-ci un bout-de-sein artificiel, il suffisait d'en retirer le tube flexible et d'adapter immédiatement

l'embout à la cloche, c'est en cela qu'a consisté l'idée heureuse de l'inventeur (1).

Les avantages de ce nouveau bout-de-sein sont les suivants:

1° La forme renflée de l'ajutage est certainement préférable à celle de la même pièce qui figure dans les autres bouts-de-sein, et permet à l'enfant de le saisir très-solidement et de bien opérer la succion;

2° La transparence du verre permet de s'assurer que l'appareil est convenablement placé, qu'il ne bouche pas les orifices des conduits galactophores, et que, de plus, le lait sort facilement du sein;

3° Enfin, il est moins cher qu'aucun autre bout-de-sein, et à la portée de toutes les bourses, puisque le prix du petit tire-lait qui sert à le former et qu'on trouve partout, chez les pharmaciens, herboristes et bandagistes, varie de 75 centimes à 1 franc 50 centimes, suivant les localités et les maisons de commerce. Ce prix sera moindre encore, lorsque l'acquéreur, au lieu d'avoir à payer, comme on est obligé de le faire aujourd'hui, les trois pièces de cette téterelle, n'aura plus à en payer que deux.

Quand l'appareil fonctionne bien, on voit au bout de quelques mouvements de succion le lait sortir en gerbe du mamelon, remplir la clochette et arriver à la bouche de l'enfant, qui commence à avaler. Douze de mes clientes au moins s'en sont servies déjà avec le plus grand succès, et parmi elles, Mme X..., nièce d'un de nos distingués confrères de province, accouchée le 20 mars 1877. L'extrême fragilité de la peau chez cette jeune femme fait immédiatement naître des crevasses quand elle donne directement le sein. Eh bien, avec l'aide du bout-de-sein de verre, elle n'a cessé depuis son accouchement d'allaiter sa fille, dont l'accroissement de poids atteint 35 grammes par jour. La durée de la tètée ne dépasse pas non plus chez elle la moyenne observée chez les femmes qui donnent naturellement le sein.

Les insuccès qu'on éprouve quelquefois lorsqu'on commence à faire usage d'un de ces bouts-de-sein, tiennent uniquement à un vice

(1) Rien n'ayant encore été publié, du moins en France sur ce nouveau bout-de-sein, je l'ai attribué à la personne qui me l'a fait connaître et l'avait certainement trouvé de son côté. L'idée pourtant ne paraît pas absolument neuve. En effet, j'ai trouvé ces jours derniers, dans une pharmacie anglaise de Paris, un appareil très-voisin de celui dont je donne la figure. Il est mis en vente par la maison S. Maw, Son and Thompson, sous le nom de *glass nipple shield* (bouclier ou protecteur en verre du mamelon). Ce bout-de-sein anglais toutefois ne vaut pas le nôtre; son ajutage est trop long et manque de jeton perforé ou plaque d'arrêt, ce qui est cause que l'enfant le fait pénétrer trop avant dans la bouche, et se trouve à chaque instant interrompu dans son téter par les envies de vomir que détermine la titillation du pharynx.

de construction auquel il est facile de remédier. Ainsi la cloche est quelquefois trop étroite ou trop courte et empêche la sortie du lait en comprimant les canaux laiteux ; on remplace alors cette cloche par une autre qui soit plus en rapport avec le volume du mamelon. D'autre part, lorsque l'ajutage est formé d'une lamelle de caoutchouc trop mince, il s'aplatit entre les gencives de l'enfant, sa cavité s'efface, et le lait cesse d'arriver au nourrisson. Il convient, dans ce cas, de choisir un ajutage plus solide. Les meilleurs bouts sans contredit, tant pour la forme, la longueur, que pour la fermeté des parois, sont ceux du biberon Robert, de Dijon. Ce fabricant, avec raison, apporte un grand soin dans la confection de cette pièce, petite, mais fort importante, et s'il était facile de se procurer de ses ajutages on devrait le préférer à tous les autres. Pour l'instant, il est regrettable d'avoir à achever le biberon complet uniquement pour en tirer une parcelle qui vaut 25 centimes au plus. Quelquefois aussi l'ajutage est percé d'un trou petit, l'aspiration s'opère mal, et l'enfant s'épuise sans résultat ou n'amène qu'une quantité insignifiante de lait; il suffit ici d'agrandir l'ouverture à l'emporte-pièce ou en la débridant par trois petites incisions rayonnées. Ou bien enfin l'ajutage adhère mal à la petite ampoule de verre et laisse passer un peu d'air; la ventouse est incomplète. On assure le contact hermétique des deux substances par une ligature qui serre le caoutchouc dans la rainure placée sous le renflement olivaire de la cloche. Je ne doute pas, du reste, que les fabricants, informés desavantages du bout-de-sein de verre et stimulés par les demandes du public, ne s'appliquent à faire des appareils plus parfaits que ceux qu'on peut former dès à présent avec les différentes pièces d'un ustensile dont la destination est un peu différente. (1)

Accouchement trigémellaire. — Mme Schnée, demeurant à Paris, 37, rue de Trévise est accouchée lundi dernier de trois enfants : une fille et deux garçons. Mme Schnée est âgée de 38 ans, elle a eu précédemment deux accouchements simples, à terme, le premier il y a 12 ans, le second il y a 3 ans.

Dans le troisième accouchement qui vient d'avoir lieu et qui s'est effectué à un peu plus de 8 mois de grossesse, le premier enfant, une fille, s'est présenté par le siége, l'expulsion fut assez rapide et ne donna lieu à aucune remarque particulière au dire de la sage-femme, Mme Gautry qui assistait la patiente. Cette dernière ayant constaté la présence d'un second enfant fit quérir le docteur de Beauvais qui jugea à propos d'attendre, aucun symptôme alarmant n'existant d'ailleurs. M. de Beauvais, que ses devoirs professionnels éloignèrent de la parturiente pendant quelques heures, revit Mme Schnée vers

(1) Extrait de la *Gazette des Hôpitaux*

six heures du soir. Pratiquant alors le toucher, il constata la présence de l'un des membres supérieurs d'un enfant dans le vagin.

Notre confrère ne voulant pas se charger de pratiquer seul la version, me fit demander et j'arrivai auprès de la patiente vers six heures et demie. Je procédai immédiatement à la version et je saisis l'un des pieds qui se présentaient sous ma main et qui précisément n'appartenaient pas à l'enfant dont la main était procidente dans le vagin. L'évolution et l'extraction furent faciles ; ayant constaté l'existence d'un second enfant, j'introduisis de nouveau la main et j'opérai une seconde fois la version sans la moindre difficulté.

Les deux enfants étaient quelque peu *cyanosés*, mais la respiration ne tarda pas à s'effectuer sous l'influence de quelques frictions et de mouvements de pression exercés sur le thorax.

Aujourd'hui, c'est-à-dire trois jours après l'accouchement, ces trois enfants sont bien portants et prennent le sein d'une nourrice.

La délivrance ne présenta aucune particularité digne d'être relatée. Il existait deux placentas, l'un très-allongé, de forme ovalaire, présentait deux cordons insérés vers les extrémités de l'ovale à peu de distance de sa périphérie, l'autre était de forme circulaire avec un cordon inséré sur son centre. Le placenta avec un seul cordon appartenait à l'enfant né le matin.

A. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Les Annales de Gynécologie ont reçu :

Clinique médicale de la Pitié, par T. GALLARD, médecin de l'hôpital de la Pitié, un vol. in-8° de 700 pages avec 26 figures dans le texte. J.-B. Baillière et fils, éditeurs. Paris, 1877, prix : 10 fr.

Nouveau pelvimètre du Dr WASSEIGE, professeur à l'Université de Liége. (*Extrait du bulletin de l'Académie royale de médecine*, t. XI, 3e série, n°).

Labor complicated with uterine fibroids and placenta previa, par le Dr James R. CHADWICK (de Boston) *Extrait du vol. I, des Gynecological transactions.*

Rare forme of ombilical Hernia in the fœtus, par le même.

A synopsis of private obstetrical practice for forty two years previuos to January I, 1876, par William INGALLS. (*Extrait de Boston mediéal and surgical journal*, 26 avril 1877.

Viburnum prunifolium (Black HAW) *its uses in the treatment of the discases of women*, par le Dr Edwards W JENKS,. *Extrait du vol. I, des Gynecological transactions*.)

The relations of ancient medicine to Gynæcology, par le Dr Edward W JENKS (*Extrait du Detroit medical Journal*. mai 1877.

Observation obstétricale, par le Dr Ad WASSEIGE, professeur à l'Université de Liége, Gand, 1877.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Août 1877.

TRAVAUX ORIGINAUX.

NOTE SUR L'ABLATION DES POLYPES FIBREUX IMPLANTÉS DANS LE CORPS DE L'UTÉRUS (1).

Par M. le Dr **Jude Hué** (de Rouen),
Ancien chirurgien aide-major stagiaire au Val-de-Grâce de Paris.
Fellow de la Société obstétricale de Londres,
Membre de la Société de médecine du comté de New-York,
de la Société de médecine de Rouen.

J'ai l'honneur de présenter à la Société deux tumeurs fibreuses implantées au fond de l'utérus. L'une très-pédiculée, de la grosseur et de la forme d'une amande verte; l'autre, presque sessile, de la dimension d'une orange moyenne.

Leur composition est celle de la plupart des tumeurs bénignes qui ont pour point de départ le corps même de l'utérus et qui,

(1) Travail lu à la Société de médecine de Rouen, dans la séance du 14 mai 1877.

intra-pariétales d'abord, se sont avancées dans l'organe en se coiffant de la muqueuse de celui-ci : une masse centrale arrondie, très-peu vasculaire, dure, d'un blanc rosé à la coupe; formée presque exclusivement de fibres musculaires lisses et revêtue, à la manière d'une orange par sa peau, d'une écorce peu adhérente, muqueuse et extrêmement vasculaire.

L'ablation de ces tumeurs est certainement une des questions les plus délicates de la chirurgie. Dans ces dernières années, elle a été le sujet de nombreux et intéressants travaux, en particulier de la part de MM, Guéniot (1), Stoltz (2), Tillaux (3), Filliette (4), Mattéi (5); la Société de médecine (6) et la Société de chirurgie de Paris (7) y ont chacune consacré, en 1874, une importante séance; l'année dernière la Société obstétricale de Londres s'en est occupée à différentes reprises (8), aussi, j'ai pensé devoir accompagner de quelques courtes considérations la présentation que j'ai l'honneur de faire aujourd'hui à la Société.

La tumeur la plus grosse, celle qui est de la dimension d'une orange, a été enlevée tout récemment de concert avec mon ami M. le D[r] de Welling, à l'aide de l'écraseur de Chassaignac. Elle nous a d'abord présenté d'intéressant, que nous avons pu assister, si non à son énucléation partielle des parois utérines et à sa pédiculisation spontanée, au moins à sa descente et à la di-

---

(1) *Sur une simplification opératoire applicable à l'ablation de certains polypes de l'utérus.* Mémoire lu à la Société de chirurgie, dans la séance du 20 janvier 1875. — *Nouvelle note sur la cure chirurgicale des polypes de l'utérus, in Arch. de Tocologie*, mars, 1875.

(2) *Polypes fibreux de la matrice, in Archives de Tocologie*, mars 1875.

(3) Tumeur fibreuse insérée sur le fond de l'utérus; section à l'aide de l'écraseur; Ouverture du péritoine; mort. *In Annales de Gynécologie*, décembre 1874.

(4) Hémorrhagies utérines occasionnées par un polype fibreux; ablation tardive; transfusion du sang; mort. *In Archiv. de Tocologie*, juillet 1875.

(5) *Annales de Gynécologie*, n° de décembre 1876.

(6) Séance du 28 novembre 1874.

(7) Séance du 2 décembre 1874. Voir les Bulletins de la Société.

(8) Séance du 7 juin et du 4 octobre.

latation des orifices interne et externe sous l'influence de contractions énergiques. Voici l'observation succinte de la patiente :

Madame L..., 33 ans, réglée à 14 ans, jusqu'à l'âge de 31 ans : règles venant exactement toutes les quatre semaines, douloureuses dans le bas ventre le premier jour; sang durant sept jours. Flueurs blanches continuelles depuis son premier accouchement qui a eu lieu il y a quinze années. Deux grossesses terminées à temps, par la tête, bons accouchements. Depuis deux ans, les règles viennent toutes les trois semaines, durent huit à dix jours et revêtent, par leur abondance, le caractère de véritables pertes : elle a beau se garnir, elle traverse tout, jusqu'à son fauteuil. Ces pertes sont accompagnées de coliques et le sang vient souvent en caillots. Les flueurs blanches aussi sont devenues beaucoup plus abondantes. Constipation habituelle; lourdeur quand elle marche ou fait quelque effort; teint pâle, muqueuses décolorées et exsangues.

L'examen local fait le 3 novembre 1876, révèle : rétroversion presque complète, utérus non douloureux, lourd, museau du tanche un peu gros, canal cervical rempli de mucus, utérus mesurant 82 millimètres.

Les pertes et l'augmentation du volume de l'organe étant attribuées à la position vicieuse de celui-ci, l'utérus fut réduit, puis maintenu en place par un pessaire approprié. Le traitement prescrit consista en irrigations froides dans le vagin, le maintien de la liberté du ventre, l'absorption journalière de un gramme de bromure de potassium en trois prises, une nourriture substantielle et réparatrice.

Sous l'influence de ces moyens, la santé générale et les symptômes locaux s'amendèrent visiblement. Le 3 février, après vingt-six jours d'intervalle, les règles revenaient et, au bout de quatre jours d'un écoulement sanguin peu considérable, la malade croyait son époque heureusement terminée, quand, après une injection froide, elle fut prise de violentes coliques dans le bas ventre, comme pour accoucher, qui durèrent de 9 à 3 heures et furent accompagnées et suivies par un flux abondant de sang en caillots. Le 8, le 9 et le 10 les mêmes douleurs se reproduisirent de 8 heures du matin à 5 heures du soir, malgré de fortes doses de laudanum. Le 14 seulement les coliques cessèrent ainsi que le flux sanguin qui fut remplacé par un écoulement roussâtre d'une odeur nauséabonde. Le même jour nous trouvions l'orifice externe dilaté de la grandeur d'une pièce de cinq francs, dilatable; il était occupé par une masse molle et rénitente, saignant au moindre contact, que le doigt pouvait isoler partout du col. C'était, suivant l'enseignement de Women Hospital (de New-York) et l'opi-

nion émise par M. Guéniot à la Société de chirurgie dans la séance du 20 janvier 1875, le moment favorable pour intervenir et l'opération fut décidée pour le 21 février.

Opération. Après nous être assurés de nouveau par la palpation bimanuelle, qu'il n'existait aucune dépression sur la face péritonéale de la paroi utérine, la malade fut placée sur une table dans le décubitus latéral gauche, non anesthésiée. Le spéculum de Sims fut introduit et l'utérus, mesuré, trouvé long de 72 millimètres. Alors la tumeur qui commençait à proéminer dans le vagin fut simplement fixée, sans qu'aucune traction fût exercée sur elle, par une pince érigne et chargée dans la chaîne de l'écraseur courbe, petit modèle, de Chassaignac; l'anse de la chaîne fut accompagnée et suivie aussi bien que possible à l'aide de l'indicateur. Quand l'instrument commença à mordre, une nouvelle palpation abdominale et une nouvelle mensuration de l'utérus nous assurèrent qu'aucune partie de celui-ci n'était comprise dans l'anse et la chaîne fut serrée extrêmement lentement, à raison d'un cran toutes les deux minutes. La tumeur fut plus de trois quarts d'heure à tomber; mais la malade ne perdit point d'autre sang que celui qui s'écoula par les piqûres de la pince érigne jusqu'à ce que le pédicule eut été étreint. Le traitement consécutif qui fut dirigé par M. le Dr de Willing, médecin de la malade, consista dans le repos au lit et le repos du ventre au moyen des opiacés, en injections vaginales journalières à l'eau phéniquée, et, au bout de huit jours, pendant lesquels le pouls ne dépassa point 80 pulsations par minute, Mme L... quittait son lit guérie.

Comme on le voit je n'ai ni abaissé l'utérus, ni exercé de tractions sur la tumeur, j'ai conservé constamment, par la palpation abdominale et la mensuration utérine, la certitude que le fond de l'organe n'était point entraîné dans la chaîne, accident formidable arrivé récemment à M. Tillaux, une des plus prudentes autorités de Paris. M. Tillaux perdit son opérée en quarante-huit heures, mais, en exposant courageusement un malheur devant la Société de chirurgie (1) il a, sans doute, été plus profitable à la science et aux malades que par un succès heureux. Enfin, en ne faisant progresser la chaîne de l'écraseur que d'un cran toutes les deux minutes, je me suis mis à l'abri des hémorrhagies, et il me semble que l'écraseur employé ainsi,

(1) Séance du 2 décembre 1874.

a tous les avantages des divers serre-nœuds sans en présenter les inconvénients dont les principaux sont que le fil glisse, comme la chose est arrivée à M. Guéniot (1), ou casse, ce qui est arrivé à tout le monde. En s'entourant de toutes ces précautions indispensables, je crois que le danger de l'ablation des polypes intra-utérins est beaucoup moindre qu'on ne le redoute généralement, au moins quand on est assez heureux pour trouver l'orifice externe de l'utérus ouvert et qu'une dilatation chirurgicale du col n'est point préalablement nécessaire. Là, si je ne me trompe, est le plus grand danger, surtout au point de vue des accidents consécutifs, Mais on est bien rarement à même de saisir pour opérer ce moment de la dilatation spontanée du col que j'appellerais volontiers le *moment d'élection.* Outre que la malade arrive fréquemment au chirurgien alors que le polype a déjà franchi le col et est devenu intra-vaginal, les accidents qui ont mis sur la voie de la nature de l'affection ne permettent point souvent de différer l'opération après que le diagnostic a été dûment posé !

En effet, j'ai dû quatre fois (2) pratiquer l'ablation de polypes implantés dans le corps de l'utérus et ce n'est que dans le cas qui précède que j'ai pu profiter d'un commencement d'engagement du néoplasme.

La première opération fut pratiquée, en mars 1873, avec l'aide de mon ami M. le docteur Accolas, chez une dame de 48 ans. Des ménorrhagies et surtout des douleurs atroces étaient causées par un petit polype de la grosseur d'une amande verte, implanté sur le fond de l'utérus. Ce polype, très-pédiculé et que j'ai l'honneur de présenter à la Société, offrait manifestement le caractère intermittent noté par

---

(1) Guéniot. *Loc. cit.*

(2. Je pourrais aujourd'hui dire cinq fois. j'ai enlevé, le 15 juin dernier, avec l'aide de M. Fauvel médecin à Pavilly, chez une femme de 56 ans, un polype fibreux implanté dans l'utérus, mais devenu en partie intra-vaginal, pyriforme, de 12 cent. de diamètre à sa grosse extrémité sur 15 cent. de long. J'ai d attirer à la vulve l'énorme masse à l'aide du petit forceps obstétrical de Barns. Je me suis servi de l'écraseur de Chassaignac et me suis minutieusement en touré des précautions indiquées dans ce travail. Les suites de l'opération ont été extrêmement simples et aujourd'hui, 24 juin, la malade est sur pied et rétablie.

bon nombre d'observateurs et en particulier par Lisfranc qui prescrivait pour cela d'explorer au moment des règles les femmes qu'on soupçonnait atteintes de polypes. D'ordinaire il restait retiré dans la cavité du corps, ce n'est qu'entraîné par le sang au moment des hémorrhagies ou après une trop longue marche qu'il descendait, à la suite de coliques, dans la cavité du col. Je dus opérer la dilatation des orifices interne et externe à l'aide d'éponges préparées et le polype, appréhendé par de fortes pinces put être détaché par simple torsion. Les suites de l'opération furent heureuses et, une semaine après, Madame L... retournait guérie chez elle.

La seconde eut lieu en janvier 1876, chez une dame de 49 ans, opérée déjà quinze années auparavant d'un polype intra-vaginal par un praticien d'Evreux. Madame B... était arrivée au dernier degré de l'épuisement par des hémorragies datant de douze années. L'utérus, volumineux et largement bosselé, remontait à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, le vagin était occupé par une tumeur fibreuse de la grosseur du poing et implantée sur la paroi antérieure du corps de l'utérus. L'opération eut lieu avec le concours de mes excellents confrères et amis, MM. les docteurs H. Le Brument, L. Millet et Ebstein et de M. Gillot, pharmacien, ami de la malade. Madame B... fut chloroformée, une large valve de Sims fut introduite, mais la tumeur était si grosse et remplissait si étroitement le vagin que je ne pus parvenir à la charger dans l'anse de l'écraseur courbe grand modèle de Chassaignac. Alors, à l'aide des canules de Gooch, je jetai une ligature de gros fil de fouet sur le pédicule. J'espérais, qu'en attachant une des extrémités de la chaîne à un des bouts du fil et en tirant sur l'autre bout, que toute la chaîne suivrait, et pouvoir ainsi substituer l'anse de l'écraseur au fil de fouet; mais, les chaînons n'étant brisés que sur deux sens, la chaîne reste rigide sur le plat et je ne pus y parvenir. Force me fut, pour passer la chaîne, d'attirer la tumeur à la vulve à l'aide du forceps obstétrical et de me placer ainsi dans de défavorables circonstances pour la sécurité de l'opération. En effet, l'utérus disparu en partie dans la cavité pelvienne et recélant encore d'autres masses fibreuses ne donnait point de sensation décisive à la palpation abdominale. D'un autre côté, la tumeur obstruait tellement le vagin qu'il était impossible de pratiquer la mensuration utérine ou de s'assurer que la chaîne n'entraînerait point trop de tissu dans son anse. Alors je pensai à transfixer le pédicule, au-dessus de la chaîne, avec une longue aiguille courbe et de limiter ainsi sûrement l'action de l'écraseur. L'instrument fut serré d'un cran toutes les deux minutes. Les soins consécutifs furent ceux que j'ai indiqués plus haut et, au bout de douze jours, Mme B... pouvait

retourner chez elle. Je l'ai revue il y a quelques semaines et sa santé n'a pas cessé d'être parfaite.

Dans le troisième cas, en mars 1876, je fus appelé par M. Ducrot, médecin à Saint-Sever, pour une pauvre femme de ses clientes, Mme P..., âgée de 41 ans et demi, atteinte depuis son dernier accouchement qui datait de sept années, de ménorrhagies fréquentes, de coliques utérines et d'écoulements continuels. Depuis le mois de mai 1876, tous ces symptômes s'étaient exagérés ; les ménorrhagies étaient devenues extrêmement abondantes, les écoulements fétides et roussâtres. Depuis un mois environ, la malade était en proie à des accès de fièvre journaliers et, à la suite de douleurs, avait, à deux reprises, rendu par le vagin des lambeaux putréfiés. Le 23 mars, je trouvais la malade au lit, le teint jaune et plombé, presque exsangue, brûlante, la respiration précipitée, le pouls rapide et misérable. Le fond de l'utérus, d'ailleurs peu sensible, s'élevait à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse. Entre les lèvres du col tuméfié, dilatable, ouvert de la dimension d'une pièce de deux francs, proéminait une masse fongueuse, mollasse, donnant au doigt la sensation de chair musculaire ou de placenta macéré. Cette masse, qu'on pouvait suivre dans le corps de l'utérus en enfonçant, à la manière d'un dé à coudre, celui-ci sur le doigt explorateur à l'aide d'une main placée sur le ventre, était, aussi haut qu'on pouvait l'atteindre, partout isolable des parois utérines et exhalait une odeur nauséabonde, répandue par toute la chambre, de matières animales en putréfaction. L'opération fut faite dès le lendemain 24 mars avec l'aide de mon confrère, M. Ducrot. La malade, à laquelle avaient été faites au préalable de copieuses injections désinfectantes, fut mise dans le décubitus latéral gauche, le spéculum de Sims introduit et le museau de tanche, encerclant lâchement une masse grisâtre, exposé en pleine lumière. La tumeur me semblait tellement ramollie que je ne crus point possible d'employer l'écraseur. D'ailleurs, eu égard à son état de décomposition, j'aurais eu grand peur d'une dilatation artificielle et de tout traumatisme du col. A l'aide des canules de Gooch, je plaçai, aussi haut que possible, une forte ligature sur la tumeur, mais la corde glissa bientôt sous la traction amenant avec elle la portion étreinte. J'eus recours alors à de longues pinces à mors plats que j'introduisis dans l'utérus fixé avec une double érigne et, avec elles, je me mis en devoir d'aller chercher pièce à pièce ce qui restait de la tumeur. Elle était si friable que son tissu se déchirait sous la pince et que je n'amenais le plus souvent, tantôt tordant, tantôt tirant, que la partie qui avait été appréhendée par les mors. La perte de sang étant heureusement peu considérable, je pus passer ainsi plus de deux heures à débarrasser complètement l'utérus et je ne saurais dire ce qui, de

l'odeur repoussante ou de la fatigue, me fut le plus difficile à supporter. Ce que je puis dire c'est que je n'étais soutenu que par la conviction que je travaillais à sauver une existence.

Comme la tumeur m'avait présenté des caractères tout à fait anormaux et que je n'étais nullement fixé sur sa bénignité, j'en adressai une parcelle au laboratoire du collége de France et voici le résultat de l'examen histologique que M. de Sinety a bien voulu en faire.

« Sur des coupes pratiquées dans la portion de la tumeur qui a été soumise à notre examen, on voyait que la plus grande partie du néoplasme était constituée par du tissu conjonctif et des faisceaux de fibres musculaires lisses. Ce caractère était surtout appréciable sur les préparations traitées par la purpurine qui a, comme on le sait, la propriété de colorer les fibres musculaire et les noyaux en laissant complètement incolores les fibres du tissu conjonctif. On observait, au milieu de ce tissu fibro-musculaire un grand nombre d'espaces lymphatiques et des vaisseaux sanguins. Sur certains points, on trouvait aussi des amas d'éléments jeunes qui indiquent des portions enflammées de la tumeur. A la surface de quelques coupes, on constatait la présence d'un revêtement épithélial pavimenteux, pareil à celui qui revêt normalement la portion vaginale du col utérin. En résumé, nous avions affaire à un fibro-myôme vasculaire, enflammé en certains points. » (Préparation déposée au musée histologique du collége de France sous le nº 28 de la série B).

Le traitement consista surtout en injections désinfectantes viande crue et alcool. Les suites de l'opération furent très-simples et malgré une convalescence un peu lente Mme P... s'est très-bien rétablie. Je l'ai revue à la fin de décembre 1876 en parfaite santé.

Il résulte, je pense, de ces observations que, le plus souvent, on ne peut ni ne doit attendre pour intervenir qu'un commencement d'engagement se produise, et que, dans ces conditions, temporiser serait fréquemment exposer les jours de la malade à de fatales épreuves. J'ajouterai, en vue d'un résultat problématique.

En effet, outre que le néoplasme peut être envahi par l'inflammation et menacer la vie de la malade par infection putride, comme le prouve l'observation dernière, on trouve des polypes fibreux intra-utérins de toutes les dimensions et, pour ne citer que des faits personnels, je possède la consultation d'une dame de 50 ans qui fut amenée dans mon cabinet au mois de septembre 1875 et dont l'utérus, de la forme et de la

dimension d'un utérus gravide à 7 mois et demi, était rempli par un corps fibreux pédiculé. A l'aide d'une grosse sonde d'homme en argent, je pus le circonscrire et l'isoler des parois utérines sur une hauteur de plus de 20 centimètres, néanmoins les lèvres du col étaient à peine entr'ouvertes. Et de peur que ce fait ne soit invoqué comme un argument à la non-intervention — ligne de conduite que je ne saurais approuver malgré l'observation de M. Boissarie (de Sarlat) (1). — Je dois ajouter que cette dame dont l'affection avait été vraisemblablement méconnue ou à laquelle, en tout cas, elle avait été soigneusement cachée, était arrivée au dernier degré de l'épuisement. Voici en effet ce que je trouve dans mes notes : depuis quinze années, les règles reviennent tous les quinze à vingt-cinq jours, durent douze jours et sont accompagnées de caillots ; depuis dix à douze ans, la moindre fatigue ramène le sang ; depuis cinq années, les douleurs qui accompagnent l'écoulement sanguin sont devenues intolérables et nécessitent de fréquentes injections hypodermiques de fortes doses de chlorhydrate de morphine ; depuis dix-huit mois, les douleurs ont diminué, mais la faiblesse et l'abondance des écoulements continuels sont devenues extrêmes, à tel point qu'elle ne peut plus marcher ni faire de visites. J'indiquai qu'une opération était à péu près le seul et tardif remède, mais ma proposition fut accueillie avec étonnement et repoussée. Aussi ne m'est-il guère permis de douter que la malade n'ait aujourd'hui subi un sort fatal, à moins qu'elle n'ait rencontré un chirurgien plus convaincant.

---

(1) Note pour servir à l'histoire des polypes intra-utérins. *In Annales de Gynécologie*, septembre 1876.

DE L'AVORTEMENT

AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL (1).

Par T. Gallard.

(SUITE) (2).

III. — Manœuvres directes.

C'est à l'aide de violences ou, si mieux vous aimez, de manœuvres exercées directement, soit sur la matrice, soit sur le produit de la conception, que s'effectuent actuellement le plus grand nombre des avortements provoqués par une main criminelle. La plupart de ces manœuvres sont, il faut bien le dire, empruntées aux pratiques de l'art et c'est avec une habileté véritablement effrayante que l'on a su utiliser, dans un but coupable, aussi bien les découvertes les plus récentes des diverses branches de la science médicale, en y comprenant l'anatomie et la physiologie, que les instruments les plus utiles et les plus perfectionnés de l'arsenal chirurgical.

Ce que je dois surtout vous faire remarquer c'est moins encore l'art avec lequel on approprie nos instruments à une destination si différente de celle pour laquelle ils ont été imaginés, que les nombreuses ressources dont on dispose pour y suppléer à l'aide d'objets plus ou moins étranges, à l'air tout à fait inoffensif, dont la saisie, entre les mains des coupables, a souvent suffi pour les confondre et leur arracher l'aveu de leurs méfaits.

L'hystéromètre, d'une part, qui nous rend de si grands services dans la pratique journalière, d'autre part, l'ingénieux

(1) Leçons faites à l'hôpital de la Pitié et recueillies par M. Paul Richer, interne des hôpitaux.

(2) Voir le numéro d'avril 1877.

appareil, imaginé par M. Tarnier, pour provoquer l'accouchement prématuré, sont les deux instruments qui servent plus spécialement de type à ceux dont font usage les individus qui se livrent à la pratique des avortements criminels.

Le but à atteindre est de décoller l'œuf ou de perforer les membranes qui l'enveloppent et de tuer ainsi le fœtus qui, devenu corps étranger, sollicite les contractions uterines, dont l'effet est de déterminer son expulsion prématurée. Cette manœuvre qui, dans le langage vulgaire, est appelée le *décrochage de l'œuf*, peut être opérée au moyen de l'hystéromètre ordinaire, ou du même instrument plus ou moins modifié. J'ai vu un hystéromètre, ayant à son extrémité un petit disque arrondi en forme de pelle, qui certainement ne pouvait pas être employé pour un autre usage. Mais la présence d'un tel instrument entre les mains de la personne incriminée, ayant, dans maintes circonstances, été considérée comme un témoignage accablant de sa culpabilité, on a songé à le dissimuler. C'est alors qu'on l'a remplacé par des objets divers, de même forme, dont je vous parlais il y a un instant. J'ai eu entre les mains des tiges de baleine extraites de la monture d'un parapluie et qui avaient été façonnées de telle sorte qu'elles formaient de longues aiguilles, à extrémité pointue, destinée à pénétrer dans la matrice. D'autres fois, ce sont de simples aiguilles à tricoter ou des crochets à broderie, soit en os ou en ivoire, soit en bois ou en métal. Les aiguilles en os, en ivoire ou en bois, restent avec leur forme ordinaire; les crochets sont généralement cassés ou émoussés à leur extrémité la plus pointue; c'est-à-dire que la partie saillante, formant le crochet, a été enlevée et que l'objet est devenu, par cela seul, impropre à sa destination première.

Cette particularité est importante à noter et lorsque vous trouverez un objet semblable parmi ceux qui auront été saisis entre les mains d'un individu soupçonné d'avortement, vous devrez exiger de lui des explications très-nettes et très-précises sur l'usage auquel il était employé.

Quant aux aiguilles en métal elles sont souvent recourbées à l'une de leurs extrémités, de façon à représenter plus ou moins

exactement une tige d'hystéromètre. Les tiges présentant cette courbure auront toujours, à vos yeux, une grande importance comme pièces à conviction et cette imporance s'accroîtra encore si, comme j'ai eu occasion de le faire dans une cause qui a été jugée cette année par la cour d'assises de la Seine, il vous est est possible de constater qu'elles ne font pas partie du même jeu d'aiguilles et que par conséquent elles ne peuvent pas être utilisées pour leur usage habituel.

Lorsqu'il en est ainsi, c'est à l'inculpé à expliquer à quoi lui peuvent servir ces aiguilles disparates et déformées, et il est rare qu'il soit en mesure de fournir des explications satisfaisantes.

Des tiges plus grossières encore ont été employées ; on a vu une sage-femme se servir de la tringle de laiton qui soutenait les rideaux de vitrage de sa fenêtre, et la remettre ensuite en place, espérant bien qu'on ne pourrait découvrir quel emploi elle en avait fait. D'autres se servent d'épingles à cheveux, de longues épingles à châles, de plumes, de curedents, de baguettes en bois, etc., etc. Dans une affaire, pour laquelle j'ai été commis, un mari s'était servi, pour faire avorter sa femme, d'une tige de fer qu'il avait fabriquée lui-même, en lui donnant une forme exactement semblable à celle de l'hystéromètre. Il était tellement fier de son œuvre qu'il avait promis de confectionner une tige semblable en argent, comptant en faire un usage régulier et suivi. Malheureusement sa première tentative, qui avait eu un plein succès au point de vue de l'avortement, avait causé une perforation de l'utérus à la suite de laquelle était survenue une péritonite mortelle. C'est ce qui mit la justice au courant de ses agissements et le fit condamner.

Lorsque vous aurez à examiner, je ne dirai même pas des instruments, mais, pour parler plus exactement, des objets ayant la forme que je viens de vous indiquer, depuis l'hystéromètre, jusqu'à la simple tige de bois, de baleine ou d'os, jusqu'à la plume d'oie qui peut être employée et qui a été effectivement employée à cet usage criminel (1), vous aurez non-seulement à

(1) Sentex. *Loc. cit.*, p. 46.

les décrire et à discuter la question de savoir s'ils ont pu servir à des manœuvres abortives, mais aussi à rechercher s'ils ont réellement servi. Vous pourrez trouver une preuve importante dans les diverses taches ou souillures dont ces objets pourront être couverts; et une de vos principales préoccupations devra être de rechercher si ces taches, au cas où elles existeraient, ne seraient pas constituées par du sang.

N'oubliez pas, cependant, que si la présence du sang constitue une preuve importante, son absence est loin d'avoir, en sens contraire, une importance égale. La propreté parfaite d'un de ces instruments est loin de prouver qu'il n'a pas servi, car il suffit d'un simple lavage pour les rendre nets et brillants ; n'en est-il pas ainsi de tous nos instruments de chirurgie que, malgré un usage quotidien, nous savons entretenir dans un état de propreté tel qu'on ne pourrait, d'après leur seul examen, se rendre compte de leur fréquent usage et des innombrables souillures auxquels ils ont été soumis.

A côté de ces instruments, qui ont une action aggressive sur l'utérus et qui peuvent laisser des traces de leur emploi, il en est d'autres, plus innocents en apparence, mais dont l'effet est en réalité le même quant à l'avortement, ce sont ceux qui servent à dilater la cavité utérine. Les éponges préparées, les tiges de laminaria digitata, de racine de gentiane ou de tout autre corps poreux susceptible de se gonfler par l'imprégnation des liquides, ont été ou peuvent être employés pour pratiquer les avortements.

Les injections faites dans l'intérieur de la cavité utérine, soit avec de l'eau pure, soit avec diverses substances plus ou moins irritantes, peuvent produire le même effet. J'ai eu à faire, avec M. Personne, pharmacien en chef de la Pitié, l'analyse d'une substance blanchâtre, un peu molle qui avait été ainsi employée. Cette substance n'était autre que du savon de Marseille. La matrone qui en faisait usage était une blanchisseuse, et elle se servait d'une petite seringue en étain, à canule courbe fort allongée. Elle avait eu soin d'enlever l'extrémité olivaire qui terminait la canule de cette seringue, destinée aux injections vaginales, et elle lui avait ainsi donné une extrémité pointue qui, tout en la

rendant parfaitement impropre à l'usage auquel elle était primitivement destinée, en avait fait un instrument favorablement disposé pour que son extrémité pût être introduite dans l'orifice utérin. Cette circonstance fut une de celles qui nous aidèrent à établir comment cette seringue avait pu être utilisée pour pratiquer des avortements.

Ce ne sont pas seulement les injections intra-utérines auxquelles on a recours comme moyen abortif. Ceux qui se livrent à ces coupables manœuvres ont soin, comme je le vous l'ai déjà dit, de se tenir au courant de tous les progrès de la science et ils n'ignorent pas que des douches extra-utérines, que de simples injections vaginales, projetées avec une certaine force, suffisent pour déterminer l'avortement. J'ai été appelé comme expert dans une affaire ou une ancienne domestique, qui avait été au service d'une sage-femme, s'était ainsi fait avorter elle-même.

Seulement ce moyen, qui est si facile à employer, que tout le monde a sous la main, et auquel il est si aisé d'avoir recours en dissimulant toute intention criminelle, n'aura jamais une grande vogue. En effet, il n'est efficace que dans les derniers mois de la grossesse; c'est-à-dire à une époque où elle est assez apparente pour pouvoir être soupçonnée et pour qu'on s'aperçoive aisément de sa cessation ; à une époque où le fœtus a pris un assez grand développement pour qu'il devienne plus difficile de le faire disparaître.

Cela est heureux, car, sans cette circonstance, nous pourrions nous trouver souvent en face d'avortements impossibles à reconnaître. Cependant, en interrogeant les femmes qui se sont livrées à ces pratiques, on obtient facilement d'elles des aveux importants pour l'instruction. C'est ainsi que ces grandes irrigations vaginales, faites plusieurs fois par jour par une femme qui jusque-là n'était pas habituée à des soins de toilette aussi minutieux, demandent souvent à être justifiées, et que, à défaut d'autre justification, on en arrive, sans trop grande peine, à faire dire, sous l'influence de quels conseils et dans quel but on s'est décidé à les employer.

Puis que je vous parle des divers moyens mis en usage pour provoquer l'avortement je ne puis omettre de vous dire un mot

de l'électricité, qui a été employée dans deux circonstances bien différentes : une fois dans un but thérapeutique, par Paul Dubois, chez une femme affectée de rétrécissement du bassin qui devait rendre l'accouchement à terme impossible ; une autre fois dans une intention criminelle.

Mais l'avortement que, théoriquement, on est autorisé à considérer comme possible à l'aide de ce moyen n'a pas pu être obtenu dans un cas plus que dans l'autre. P. Dubois dut y renoncer en raison de l'indocilité de la malade, et il paraît que, dans le cas de tentative criminelle dont M. Tardieu a publié la relation due à M. le Dr Devouges, de Corbeil, la patiente se montra non moins indocile, en raison des atroces douleurs que lui causèrent les applications de l'électricité, auxquelles elle s'était soumise à plusieurs reprises, sans le moindre succès. Il est vrai que dans ce cas l'insuccès fut dû plutôt à la façon défectueuse dont l'application était faite qu'à l'inefficacité même du moyen employé. On comprend, du reste, que l'application de l'électricité ne puisse produire un résultat réel qu'à la condition d'être faite, par un individu très-expérimenté dans le maniement de l'appareil électrique et connaissant en même temps tout à fait à fond l'anatomie aussi bien que la physiologie.

La difficulté de trouver ces conditions réunies, en même temps que la douleur causée par l'emploi de ce moyen, dont le résultat est encore incertain, sont autant des raisons qui doivent s'opposer à sa vulgarisation ; c'est pourquoi je crois inutile d'insister davantage sur ce sujet, et je rentre dans l'étude des faits pratiques les plus usuels, pour vous faire connaître comment procèdent d'habitude ceux qui cherchent à provoquer l'avortement, à l'aide des manœuvres directes, résultant de l'emploi des instruments dont je viens de vous donner la description.

Quelquefois ces instruments sont introduits dans l'orifice du col utérin après que celui-ci a été mis à découvert par une application préalable du spéculum. Dans une affaire qui a été jugée au commencement de cette année par la Cour d'assises de la Seine, j'ai eu à examiner plusieurs femmes qui racontaient toutes que, pour les faire avorter, on leur avait appliqué

un spéculum, puis on les avait piquées avec un objet pointu. Le spéculum et les aiguilles qui avaient servi figuraient parmi les pièces à conviction. C'est là un témoignage accusateur qu'il est difficile de faire disparaître, aussi beaucoup de coupables, plus habiles parviennent-ils à dérouter les recherches de la justice en évitant l'emploi d'un instrument aussi compromettant. Ils s'exercent à faire glisser la tige qui doit pénétrer dans la cavité utérine, en la guidant sur le doigt préalablement introduit dans le vagin, comme s'il s'agissait de pratiquer un simple toucher fort innocent, dans le but de s'assurer si la femme est ou non en état de grossesse. Ils procèdent alors comme nous le faisons lorsque nous avons à pratiquer le cathétérisme utérin avec l'hystéromètre.

Mais les plus habiles ont bien soin de ne pas montrer à la patiente l'instrument dont ils se servent, pour que plus tard elle se trouve dans l'impossibilité de le décrire, si elle vient à faire des révélations. Ils poussent même la précaution jusqu'à ne pas prononcer devant elle ce gros mot d'avortement. Ils se bornent à lui demander pourquoi elle croit être enceinte, quels sont les signes sur lesquels se fondent ses appréhensions, à lui faire exprimer le désir qu'elle aurait de voir disparaître ses inquiétudes, puis à lui faire chiffrer le prix qu'elle consentirait à payer pour voir revenir ses règles. C'est après cette sorte de marché, conclu à mots couverts, et sanctionné le plus souvent par un paiement anticipé, qu'ils lui proposent de la toucher, d'abord pour s'assurer de son état, puis pour solliciter le retour des règles. Pour ce toucher, ils la font quelquefois coucher en travers du lit, les jambes écartées et les pieds appuyés sur deux chaises, dans l'attitude usitée pour l'application du spéculum; mais souvent aussi ils simplifient le manuel opératoire et pratiquent le toucher, la femme restant debout, appuyée contre un mur ou contre un meuble. Aussi voit-on beaucoup de femmes qui affirment et qui très-sincèrement croient avoir été touchées simplement avec le doigt, sans le secours d'aucun instrument, tout en déclarant que ce simple toucher a suffi pour rappeler leurs règles supprimées depuis plusieurs mois et faire disparaître tous les autres signes d'une grossesse commençante.

Il en résulte que nous devons agiter cette première question de savoir si un simple toucher digital peut réellement suffire pour déterminer l'avortement, à un moment quelconque de la grossesse?

Cette question, qui peut très-bien vous être posée dans le cours des débats, est assez délicate et permettez-moi de vous le dire, Messieurs, assez insidieuse pour que vous deviez vous garder avec soin de jamais y répondre en termes généraux, sous peine de vous exposer à d'interminables discussions qui auraient pour seul résultat d'obscurcir la vérité. Si je vous disais que jamais un avortement ne peut être provoqué par le seul toucher digital, vous seriez en droit de m'objecter d'abord que les doigts, dans une action brutale et violente, à laquelle participent les ongles, peuvent déchirer, arracher et dilacérer profondément les organes et devenir ainsi des moyens très-actifs d'avortement; puis, que trop souvent, dans les maternités et les écoles d'accouchements, les femmes enceintes qui servent aux démonstrations et aux exercices du toucher, pour l'instruction des élèves, sont exposées à accoucher prématurément ou même à avorter, par suite de la fatigue résultant pour elles des manœuvres réitérées et souvent maladroites auxquelles elles sont soumises. Cela est vrai et quoiqu'il ait suffi de précautions bien simples, pour éviter cet accident dans les maternités je reconnais qu'en opérant contrairement à ces précautions on peut parvenir à le produire surtout chez les femmes approchant du terme de la grossesse. Mais c'est là un fait assez exceptionnel, et, s'il est possible que, dans les derniers mois de la grossesse, on parvienne, avec un doigt un peu long terminé par un ongle acéré, à pénétrer à travers l'orifice déjà entr'ouvert du col utérin et on aille jusque dans la cavité utérine décoller ou déchirer les membranes placentaires, il est non moins vrai que, durant les premiers mois, une semblable manœuvre est à peu près impossible à exécuter, sauf les cas de déchirures avec délabrements considérables où les ongles et les doigts agissent à la façon de pinces ou de griffes comme j'aurai occasion de vous en citer plusieurs exemples par la suite.

D'où il résulte que la question ne peut pas être résolue d'une

façon absolue et en termes généraux et que si jamais elle vous est posée vous devrez vous borner à la restreindre aux termes particuliers et tout à fait précis de la cause à propos de laquelle vous êtes consultés. C'est ainsi du reste qu'il convient de toujours se conduire dans la pratique de la médecine légale, à propos de laquelle vous n'avez pas à établir, devant des magistrats ou des jurés, les données générales de la science, mais bien à en faire l'application à un cas particulier toujours fort limité. C'est pourquoi, vous pénétrant des faits d'une cause particulière vous pourrez toujours parvenir à faire une réponse aussi sage que parfaitement scientifique en disant : « *Il ne m'appartient pas de rechercher si, en général, on peut, avec le toucher digital seul, déterminer un avortement; mais je puis affirmer que telle personne, dont j'ai vu le doigt, n'a pu faire avorter telle autre personne, que j'ai également examinée, et alors que la grossesse n'avait pas encore dépassé telle époque, à laquelle l'instruction a établi que l'avortement s'est effectué.* »

Cette réponse négative sera l'expression de la vérité dans l'immense majorité des cas, et elle vous laissera toute la latitude nécessaire pour que vous puissiez faire une réponse affirmative, dans les autres cas extrêmement exceptionnels dans lesquels vous aurez pu trouver des circonstances vous permettant de formuler une appréciation différente de celle qui constitue la règle la plus habituelle.

Après cette première question si délicate, il s'en pose une autre, qui ne l'est pas moins ; c'est celle de savoir si une femme peut, à l'aide des moyens que je vous ai décrits, se procurer l'avortement à elle-même sans l'aide et le secours d'aucune autre personne. J'ai eu à donner mon avis dans un cas de ce genre, qui a été jugé par la Cour d'assises de la Seine il y a deux ans ; c'est celui de cette ancienne domestique dont je vous ai déjà parlé et qui, profitant de l'instruction qu'elle avait acquise au service d'une sage-femme, s'était fait avorter seule, en se servant de douches vaginales froides, qu'elle s'était administrées à l'aide d'un irrigateur de gros calibre. On comprend que cette opération se puisse faire par la femme seule et sans le secours

d'aucun aide. Mais je vous ai déjà dit combien ce moyen d'avortement est inefficace, puisqu'il n'agit que dans les derniers mois de la grossesse; ce n'est donc pas à lui que l'on songe lorsqu'on demande si une femme peut se faire avorter seule, mais bien aux manœuvres qui consistent dans l'introduction d'un corps étranger et plus particulièrement d'une tige rigide jusque dans l'intérieur de la cavité utérine.

Là encore, Messieurs, votre réponse doit être excessivement réservée et se limiter toujours en cas particulier à l'occasion duquel la question est posée. M. Tardieu (1), sans considérer le fait comme fréquent a dit cependant que « quelques femmes « ont pu porter sur elles-mêmes leurs propres mains armées « d'instruments. » Les termes extrêmement vagues de cette proposition démontrent combien le savant auteur auquel je l'emprunte considère, le fait non pas seulement comme rare, mais comme difficile à produire. J'ai vu un certain nombre de femmes, très-attentives à tout ce qui intéresse leur santé, parvenir à pratiquer sur elles-mêmes le toucher vaginal et se rendre ainsi un compte assez exact des diverses modifications opérées dans l'état physique de leur col utérin. Mais elles n'y parviennent que par un assez long exercice et lorsque leur utérus a subi un abaissement notable, qui rapproche son col de l'orifice vulvaire. Il y a loin de cette manœuvre assez simple et facile, à celle beaucoup plus compliquée qui consiste à guider sur ce doigt, introduit dans le vagin, un instrument qui serait poussé avec l'autre main et à le faire pénétrer jusque dans l'orifice de la matrice.

Vous savez combien cette petite opération du cathétérisme utérin est toujours difficile à pratiquer, même lorsqu'on est placé dans l'attitude la plus favorable — attitude que ne peut prendre la femme agissant sur elle-même — et vous n'ignorez pas combien il faut d'habitude et de dextérité pour pénétrer dans cet orifice, situé à l'extrémité d'une portion conique le long de laquelle l'instrument glisse avec la plus grande facilité et se fourvoie en suivant une mauvaise direction, quelque soin que vous preniez à le diriger. Aussi pouvez-vous comprendre sans peine qu'une

(1) *Loc. cit.*, p. 25.

femme réussira difficilement à y parvenir, en agissant sur elle-même. Comme M. Tardieu, j'en ai vu un certain nombre qui m'ont avoué être parvenues à se faire avorter ainsi, sans aucun secours étranger; mais toutes celles qui se trouvaient dans ce cas avaient eu déjà des enfants et l'orifice inférieur de leur col utérin était resté plus ou moins largement entr'ouvert, en même temps que la matrice était chez elles notablement abaissée, ce qui en rendait l'accès plus facile.

Enfin il n'en est aucune qui soit arrivée à ce résultat sans avoir été guidée par une personne plus expérimentée, sans avoir en quelque sorte pris des leçons ou fait un apprentissage des manœuvres auxquelles il leur fallait se livrer. Ce fait seul d'une espèce d'enseignement préalable, s'il permet d'admettre que, dans quelques cas très-exceptionnels, une femme a pu être capable de se faire avorter elle-même, sans le secours d'une main étrangère, autorise cependant à penser que cette intervention d'un complice a dû nécessairement exister, sinon au moment de la perpétration du dernier crime, au moins à l'occasion d'autres faits semblables qui ont précédé et que la justice a intérêt à rechercher.

J'ajouterai, pourtant, qu'une personne ayant des notions suffisantes en anatomie, et qui, dans des études spéciales, a pu s'exercer à pratiquer, sur d'autres femmes, le cathétérisme utérin, peut devenir capable de le pratiquer sur elle-même et se faire ainsi avorter, sans aucun secours étranger, mais à la condition que ses organes se trouvent dans les conditions que je prévoyais il n'y a qu'un instant.

Comme vous le voyez, Messieurs, les exceptions, tout admissibles qu'elles soient, justifient la réserve dans laquelle je vous conseille de vous tenir à propos de cette question et vous autorisent à limiter toujours très-étroitement au fait particulier que vous aurez à élucider, les conclusions que vous serez appelés à formuler devant la justice.

CARACTÈRES DISTINCTIFS DE L'AVORTEMENT CRIMINEL.

Les signes caractéristiques de l'avortement criminel sont de divers ordres et il n'en est aucun dont l'étude puisse être négligée par l'expert soucieux de remplir dignement la mission, qu'il a acceptée, d'éclairer la justice dans ses laborieuses et délicates investigations. Les renseignements qu'il aura à utiliser pourront être tirés : de l'analyse des symptômes éprouvés par la femme qui vient d'avorter ; de l'ordre dans lequel se succèderont ces symptômes, c'est-à-dire de la marche de la maladie ; des accidents consécutifs ; de l'autopsie de la femme, dans les cas, relativement assez nombreux, dans lesquels ces accidents entraînent la mort ; de l'examen du fœtus lorsqu'il peut être retrouvé ; de la comparaison et du rapprochement des lésions constatées sur le cadavre de la mère et sur celui du fœtus ; de l'examen de la femme quand elle a survécu et de l'inspection attentive, minutieuse de tous les produits solides ou liquides qui sont expulsés par ses parties génitales ; ou, à défaut d'inspection personnelle et directe, de la description de ces produits empruntés tant aux propres déclarations de la femme qu'à celles des personnes présentes au moment où ils ont été expulsés.

Pour traiter ces divers points je vais être forcé, comme je l'ai fait déjà dès le début de ces Leçons, de faire de très-larges emprunts au remarquable travail de M. Tardieu sur le sujet qui nous occupe. C'est une nécessité dont j'ai lieu de me féliciter plutôt que de me défendre, car on est heureux, quand on aborde des questions aussi épineuses et aussi ardues, de trouver un guide sûr et fidèle, qui éclaire la route d'une façon aussi lumineuse que l'a su faire le savant professeur de médecine légale.

I. — Symptômes de l'avortement provoqué ; leur évolution.

Ce qui importe, au point de vue de la médecine légale, c'est de pouvoir distinguer un avortement naturel ou spontané d'un

avortement criminel ou provoqué, et je dois dire que les symptômes sont à peu près les mêmes dans les deux cas. Mais il y a dans le groupement et l'évolution de ces symptômes, dans l'ordre suivant lequel ils se succèdent, dans les circonstances accessoires qui les accompagnent, quelque chose de spécial, constituant en quelque sorte, comme le cachet ou la physionomie de l'état morbide auquel ils se rapportent et qui ne permet pas, à un œil exercé, de confondre l'avortement qui s'opère spontanément avec celui qui est provoqué par une intervention étrangère. La confusion n'est possible que lorsque l'avortement involontaire est dû à un traumatisme quelconque, consistant en coups, chutes ou contusions, car il se produit alors dans des conditions tout à fait identiques à celles des avortements provoqués par des violences extérieures. La distinction ne peut donc être établie, en pareil cas, que par la connaissance de l'action traumatique, qui est toujours révélée si l'avortement est accidentel, tandis qu'elle est dissimulée s'il a été recherché et voulu.

A l'exception de ces faits de traumatisme, sur chacun desquels il appartient à l'instruction de faire la lumière, les avortements véritablement spontanés sont toujours la conséquence soit d'une maladie de la mère, soit d'une maladie du fœtus. Or, ce qui les caractérise essentiellement, dans un cas comme dans l'autre, c'est cet état maladif antérieur. Celui de la mère est toujours facile à constater, celui du fœtus, ou de l'œuf, l'est certainement un peu moins, cependant on peut y arriver, tant en étudiant les commémoratifs qu'en examinant le produit de la conception, sur lequel il sera possible de reconnaître des altérations plus ou moins caractéristiques. En tout cas ce qui distinguera essentiellement l'avortement se faisant sous cette influence, c'est qu'il ne surviendra pas brusquement, comme un accident absolument imprévu et qui surprend par sa soudaineté. Il sera, en quelque sorte, annoncé par toute une série de symptômes prodromiques, qui permettront de le considérer comme plus ou moins imminent un certain temps avant qu'il se produise. Ce sera donc un événement prévu et redouté, si prévu et si redouté que

dans la plupart des cas, sinon dans tous, on aura eu le temps d'essayer de le conjurer par l'emploi de moyens divers, et en particulier par le repos, qui s'impose tout naturellement comme devant être d'une nécessité absolue, en semblable occurrence.

Ces phénomènes précurseurs et surtout ces précautions préventives manquent absolument dans l'avortement criminel. La femme, qui s'est bien gardée de faire connaître, à d'autres qu'à ses complices, son état de grossesse est prise subitement, au milieu de la santé, en apparence la plus parfaite, des symptômes de l'avortement. Elle souffre, elle perd des liquides glaireux sanguinolents, puis du sang, en caillots plus ou moins volumineux. Croyez-vous qu'elle s'arrête pour cela? qu'elle se soigne, pour modérer cette perte dont l'abondance est souvent excessive? qu'elle prenne le lit ou qu'elle fasse appel à un secours quelconque, afin de calmer les douleurs qu'elle éprouve? En aucune façon. Elle continue à aller et venir, à vaquer à ses occupations habituelles, avec plus d'activité et d'animation que jamais, elle entreprend à pied des courses longues et fatigantes, devant lesquelles elle aurait reculé en temps ordinaire et elle attend pour s'arrêter, non pas qu'elle soit vaincue par la douleur ou par l'épuisement résultant de la perte du sang, mais bien qu'elle ait rendu un caillot d'une forme et d'une consistance particulières, qu'elle se hâte de faire disparaître. C'est alors seulement que cette femme consent à s'aliter et à faire appeler un médecin. Si celui-ci, reconnaissant qu'il s'agit, non pas d'une simple hémorrhagie comme on cherche toujours à le lui faire croire, mais bien d'un véritable avortement, pose des questions pour s'éclairer sur la façon dont s'est opérée la menstruation pendant les mois précédents, sur la nature et les caractères physiques des caillots qui ont été expulsés, il reçoit des réponses toujours embarrassées, sans aucune précision ou netteté; on conteste, par toutes les dénégations possibles, la réalité de son diagnostic, et il a toutes les peines du monde à obtenir que les caillots sanguins expulsés par les parties génitales soient soumis à son examen. Ne voyez-vous pas, Messieurs, l'énorme différence qui sépare cet avortement clandestin, mettant fin à une grossesse redoutée, de celui de la femme qui, chérissant son enfant avant même qu'il ne soit né, l'entoure

déjà des soins les plus attentifs, et, à la moindre menace appelle son médecin pour lui raconter avec les plus minutieux détails tout ce qu'elle éprouve.

Celle-là n'attend pas pour prendre le lit et commencer à se soigner, et ce n'est pas elle qui fera disparaître les produits liquides ou solides qu'elle aura expulsés par ses parties génitales ; bien au contraire elle les aura fait recueillir et conserver avec soin, pour les soumettre à l'examen de l'homme de l'art, car elle sait que de cet examen il peut tirer des déductions utiles pour l'appréciation exacte des accidents dont elle est atteinte et pour le traitement par lequel il convient de combattre ces accidents.

Lorsque l'avortement est provoqué par l'action directe d'un corps étranger, solide ou liquide, introduit dans la cavité utérine, la femme, qui subit cette opération, ressent souvent une douleur assez vive qu'elle compare à une véritable piqûre; d'autres fois elle s'aperçoit à peine de ce qui vient de lui être fait et n'éprouve pas de sensation différente de celle que lui aurait procurée un simple toucher, pratiqué avec le doigt. Ces différences peuvent dépendre autant du degré de sensibilité propre à chaque sujet que du plus ou moins de dextérité avec laquelle la manœuvre est opérée. M. Tardieu fait remarquer que les injections intra-utérines sont, en général, plus douloureuses que les simples perforations des membranes. Cela se comprend, car, dans un cas comme dans l'autre, il faut pénétrer dans l'intérieur de la cavité utérine, que ce soit avec une tige pleine ou avec la canule de la seringue, et, si la douleur provoquée par ce premier temps de l'opération est la même dans les deux cas, il doit nécessairement s'y surajouter, au moment de l'injection, la sensation qui résulte tant du décollement des membranes que de la distension de la cavité utérine, par un liquide doué souvent de propriétés irritantes spéciales, dépendant de sa composition chimique.

Il arrive souvent qu'une seule tentative ne suffit pas pour obtenir le résultat désiré ; on les renouvelle alors à plusieurs jours d'intervalle.

Il existe des observations fort authentiques de tentatives

d'avortement, renouvelées infructueusement à plusieurs reprises et à la suite desquelles la grossesse a pu suivre régulièrement son cours, quoiqu'il ait été parfaitement établi que la matrice avait été piquée et blessée, même assez profondément, par l'instrument employé pour faire avorter. Ces faits justifient la mansuétude de la loi en faveur des femmes qui, après une première tentative d'avortement faite sur leur personne, ne sont pas punies, si cette tentative n'a pas été suivie d'effet, et qui se trouvent ainsi encouragées à ne pas la renouveler.

Lorsque ces tentatives ont eu l'effet voulu, c'est-à-dire lorsque les membranes ont été perforées, il s'écoule presque aussitôt une petite quantité de liquide amniotique, mêlé de sang; ce sont les glaires sanguinolentes dont parlent la plupart des femmes qui ont subi ces manœuvres ; mais l'avortement ne se produit pas immédiatement. C'est afin de le favoriser que l'on conseille les marches plus ou moins prolongées, les mouvements plus ou moins violents que je vous signalais, il y a un instant. Quelquefois, on y joint l'action des médicaments dits abortifs et plus particulièrement du seigle ergoté, dont l'administration peut avoir alors une grande importance, car les coupables cherchent souvent à l'expliquer par la nécessité de combattre une simple métrorrhagie, qu'ils déclarent être indépendante de toute manœuvre abortive. C'est l'analyse minutieuse de tous les détails et des moindres circonstances du fait qui peut permettre de les confondre, en expliquant à quel moment et dans quel but l'ergot de seigle a été administré. Le principal écueil à éviter, en cas pareil, est de méconnaître la manœuvre abortive qui a précédé et d'attribuer à l'agent médicamenteux le rôle principal, tandis qu'il n'en aurait eu, en réalité, qu'un très-accessoire.

En général, l'expulsion de l'œuf s'est fait attendre de cinq à huit jours, dans les cas qui ont été soumis à mon observation. M. Tardieu, qui a par devers lui un bien plus grand nombre de faits, a constaté les limites extrêmes de cinq heures et de onze jours ; suivant lui, ce serait dans les quatre premiers jours que l'avortement s'effectuerait le plus habituellement, et les cas dans lesquels il se ferait attendre six, sept ou huit jours, et à plus forte raison davantage, seraient fort rares. Je suis donc tombé sur des séries de faits un peu exceptionnels, puisque j'ai vu le plus

souvent la durée de six jours être dépassée, quoiqu'il me soit arrivé de trouver un cas dans lequel l'avortement s'est effectué moins de 12 heures après les manœuvres. Mais, dans ce cas, la femme a succombé très-rapidement. Peut-être y aurait-il lieu de tenir compte, au point de vue de la rapidité plus ou moins grande avec laquelle se produisent les avortements, du plus ou moins de gravité des accidents qui surviendront par la suite, ceux qui doivent mettre en danger les jours de la femme se terminant, en général, plus rapidement, que ceux après lesquels on peut compter sur une prompte et complète guérison.

Nous verrons plus tard dans quelles conditions anatomiques se trouve l'œuf ou le fœtus ainsi expulsé.

II. — Accidents consécutifs.

Les femmes qui avortent naturellement et malgré elles sont généralement maladives et on est souvent fondé à penser que c'est par suite de leur mauvais état de santé antérieur que se produit l'avortement ; celles qui se font avorter sont généralement bien portantes; on serait donc, théoriquement, conduit à penser que les premières auront plus à souffrir des suites de cette secousse. C'est cependant le contraire qui arrive le plus habituellement.

Pourquoi ? Cela se comprend à merveille, c'est que les unes se soignent, tandis que les autres font tout ce qu'elles peuvent pour aggraver leur état. Là est, non pas seulement la principale, mais bien l'unique cause de la différence que je vous signale et sur laquelle M. Tardieu s'est appesanti d'une façon toute particulière. Cet auteur a constaté que le danger véritable des avortements criminels ne résulte pas seulement du traumatisme xercé sur l'utérus, puisque, — comparant ces derniers aux avortements provoqués à l'aide des mêmes procédés ou de procédés analogues, dans un but médical, — il établit que sur 116 avortements criminels, à propos desquels la terminaison a été exactement indiquée, la mort est survenue 60 fois, (soit dans plus de la moitié des cas), comme conséquence directe de la maladie causée par l'avortement, tandis que sur un relevé de M. Passot comprenant 26 avortements provoqués médicalement et suivant les règles de l'art, il n'y aurait pas eu un seul cas de mort.

La différence des résultats tient en partie à la différence dans l'habileté de l'opérateur et dans le choix des instruments, et vous verrez, quand nous nous occuperons des lésions anatomiques, quels désordres effroyables peuvent être, dans certains cas, la conséquence des manœuvres brutales auxquels se sont livrés avec d'informes instruments les individus qui ont entrepris de pratiquer des avortements criminels.

Mais nous savons que, parmi ces derniers, il peut se trouver des gens fort habiles, et le fait seul d'opérer dans des conditions régulières ou criminelles ne saurait suffire pour modifier aussi sensiblement les résultats de leur pratique. Il faut donc qu'il y ait autre chose et cette autre chose est, et ne peut être que la différence des soins consécutifs donnés à la femme, suivant qu'elle a été soumise à une opération régulière ou à un acte criminel. Le défaut de soins est donc la seule raison sur laquelle nous puissions nous fonder pour expliquer la gravité plus grande des avortements criminels, et la meilleure preuve que j'en puisse donner, c'est l'immunité parfaite avec laquelle nombre de femmes se soumettent à des pratiques abortives, sans que leur santé en souffre sérieusement. J'en ai vu beaucoup qui se sont fait avorter plusieurs fois de suite, ce qui prouve que leurs fonctions génitales n'avaient pas été sensiblement troublées par la première opération, et qui, devenues plus tard de nouveau enceintes, ont parfaitement mené à bien leur nouvelle grossesse, sans que leur santé ait été, dans l'intervalle, le moins du monde ébranlée. Nous sommes toujours disposés à nous laisser impressionner par les faits les plus émouvants et comme, en définitive, c'est en présence de femmes qui ont eu à souffrir des manœuvres abortives auxquelles elles se sont soumises, que nous avons, le plus habituellement, affaire dans la pratique judiciaire, nous nous trouvons tout naturellement enclins à penser que toutes celles qui ont subi les mêmes manœuvres se trouvent dans le même cas. C'est une erreur contre laquelle il m'a semblé utile de réagir.

Cette réserve faite, je dois reconnaître, que, en raison des circonstances sur lesquelles j'ai longuement insisté (traumatisme d'une part, défaut de soins et imprudences d'autre part), les femmes qui se sont fait avorter contractent souvent des maladies

et surtout des inflammations de l'utérus ou des organes voisins, principalement des ovaires, des ligaments larges, des trompes, du tissu cellulaire et du péritoine pelvien, qui ne reconnaissent pas d'autre cause que cet avortement criminel.

Il importe donc, au premier chef, quand ce cas se présente, de fixer très-exactement le début de ces diverses phlegmasies pour savoir au juste à quelle étiologie il est possible de les ratacher. C'est là un point important qui, dans bien des cas, peut éclairer la marche de l'instruction; mais c'est là tout ce que je puis admettre, comme conséquence possible de l'avortement criminel, et je me refuse absolument à lui attribuer la formation de tumeurs ovariques non inflammatoires et le développement des affections cancéreuses qui peuvent survenir par la suite.

CONDITIONS DE L'EXPERTISE.

Maintenant que nous connaissons, Messieurs, les moyens à l'aide desquels on provoque l'avortement criminel, que nous savons comment agissent ces moyens, que nous avons vu les effets qu'ils produisent et les accidents consécutifs auxquels ils exposent, nous allons chercher à déterminer comment en présence d'un fait de ce genre, il nous sera possible, à l'aide des données de la science, de découvrir la vérité, afin d'éclairer la justice. Il nous faut, pour cela, nous placer dans les conditions dans lesquelles nous serons exposés à nous trouver dans la pratique ordinaire.

Les circonstances qui peuvent se présenter à nous sont les suivantes : ou la femme qui s'est fait avorter a succombé et alors nous avons à rechercher sur son cadavre, en même temps que les causes de la mort, les traces des manœuvres exercées sur sa personne; ou elle a survécu et alors nous devons explorer ses organes, en même temps que nous assurer de la façon dont s'accomplissent leurs fonctions physiologiques; dans un cas comme dans l'autre, nous devons, si le produit de l'avortement peut être retrouvé, examiner ce produit, tenir compte des altérations qu'il présente et rapprocher ces altérations de celles qui ont été constatées sur la mère, morte ou vivante.

On conçoit que l'étude d'un produit abortif isolé et indépendamment de la femme de laquelle il provient ne puisse

avoir, au point de vue de la répression du crime d'avortement, aucune importance, tandis que l'examen de la femme en conserve une très-grande, alors même que le produit a disparu.

En parlant ainsi je préjuge, sans même vouloir la discuter, la question de savoir jusqu'à quel point il peut être ou non indispensable d'avoir sous les yeux le corps du délit, c'est-à-dire le produit de l'avortement, pour établir la réalité du crime qu'il s'agit de réprimer. C'est, à mon sens, une question oiseuse, aujourd'hui qu'elle a été si nettement tranchée, grâce aux efforts persévérants de M. Tardieu, qui, au grand honneur de la magistrature française, est parvenu à faire prévaloir une doctrine formellement opposée à celle qui a cours en Allemagne ou Casper nous dit : (1) « Parmi un grand nombre d'avor-« tements provoqués qui se sont présentés à moi, je n'ai jamais « vu un cas de condamnation, même lorsque les circonstances « du crime étaient évidentes » ; ajoutant que la raison de ces acquittements scandaleux est que, en l'absence de l'œuf ou du fœtus, rien ne peut prouver qu'on n'ait pas eu affaire à un œuf dégénéré ou à un autre produit pathologique.

Nous tenons à honneur de constater que, dans notre pays, on se garde bien d'accorder une aussi large prime d'impunité à un crime odieux, qui ne tarderait pas à se généraliser d'une façon effrayante si on se relâchait tant soit peu de la sévérité avec laquelle il est poursuivi.

Il résulte de là que l'expert peut se trouver dans une des quatre situations suivantes, selon qu'il aura : 1° à faire l'autopsie de la femme qui s'est fait avorter ; 2° à faire, en même temps, l'autopsie de la femme et celle du fœtus abortif ; 3° à examiner la femme vivante, plus ou moins longtemps après son avortement ; 4° à examiner à la fois et la femme vivante et le produit de l'avortement que l'on attribue à cette femme.

Nous allons examiner successivement quels renseignements peuvent être fournis à l'expertise, suivant qu'elle sera faite dans l'une ou l'autre de ces quatre conditions si différentes.

(*A suivre.*)

(1) Caspetr. *Traité pratique de médecine légale*, traduit par Gustave-Cermer Baillière. T. I, p. 171,

Contribution a l'étude des hématocèles péri-utérines, et notamment de l'hématocèle par néo-membranes pelviennes. — De la pachypéritonite hémorrhagique.

Par le Dr Jules Besnier (1).

(suite) (1).

DEUXIÈME PARTIE

DE LA FREQUENCE DES HÉMATOCÈLES PAR NÉO-MEMBRANES PELVIENNES.

La discussion, dont nous avons fait suivre l'observation, que nous avons citée, nous a démontré que chez notre malade l'hématocèle est survenue à la suite d'une métro-péritonite et par l'intermédiaire des adhérences péritonéales et des néo-membranes vascularisées, auxquelles cette métro-péritonite ou cette péritonite avait donné naissance. Ce fait rentre donc dans la théorie de Virchow, qui nous a servi de point de départ pour l'interprétation que nous avons admise. Il importe cependant de faire remarquer qu'il s'agit dans ce cas d'une péritonite pelvienne récente et subaiguë, et non d'une pelvi-péritonite de date plus ou moins ancienne, qui est la seule que l'auteur allemand ait en vue dans sa théorie.

Nous devons dire ici que cette théorie a été émise pour la première fois, en 1862, dans un mémoire de Freder (2), et qu'elle a été depuis soutenue par Virchow, dont elle a pris le nom (3). Jusques-là dans aucun des travaux parus sur les héma-

(1) Ce travail a été communiqué à la Société médicale d'émulation, dans sa séance du 5 mai 1877.

(2) Freder, *Archiv der Heilkunde*, 1862, 8e année, 5e livraison.

(3) Virchow, *Pathologie des tumeurs*, traduction de P. Arrenshon, p. 147.

tocèles, il n'est fait, que je sache, allusion au processus morbide qu'elle met en cause. Ainsi, notamment dans la Clinique des maladies des femmes de Bernutz et Goupil, ouvrage considérable, qui résume tous ceux qui l'ont précédé, et où tout ce qui touche aux affections qui nous occupent est longuement discuté, il n'en est pas question. Nous aurons à rechercher plus tard pourquoi il en a été ainsi.

Depuis son apparition, la théorie de Virchow n'a été signalée en France que par quelques rares auteurs, qui ne font que l'indiquer en passant. C'est ainsi que Bernutz, comme nous l'avons vu, la mentionne dans son article *Hématocèle* du Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques; il l'accepte même en principe, et il cite à ce sujet une observation qui lui paraît justiciable de cette théorie. Mais il ne lui consacre que quelques lignes, et regardant les faits de ce genre comme tout à fait exceptionnels, il les range parmi les hématocèles d'une excessive rareté. Il ajoute même qu'il serait « nécessaire d'en démontrer d'une manière plus certaine l'existence, que laissent très-douteuses les quelques observations contenues dans le mémoire de Freder » (1).

Gallard, dans ses Leçons Cliniques sur les maladies des femmes, parle bien aussi, comme nous l'avons vu également, de la possibilité de la formation de l'hématocèle par l'intermédiaire de néo-membranes organisées autour d'un kyste fœtal; mais il n'y a là qu'une analogie lointaine avec la théorie de Virchow. Cette dernière est admise sans conteste par Cornil et Ranvier, dans leur substantiel *Manuel d'histologie pathologique*; mais ces auteurs ne se prononcent pas sur la rareté ou la fréquence des faits d'hématocèle dont elle peut donner l'interprétation. Par contre, Courty de Montpellier, dans son Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes, ne la cite que pour la rejeter; et il n'est pas question dans les autres traités spéciaux, tels que celui de Nonat, ni dans les traités de pathologie interne ou externe, tels que ceux de Valleix, Grisolle, Nélaton, etc.

(1) Bernutz, art. *Hématocèle*, *loc. cit.*, p. 307.

En Angleterre, la théorie de Virchow n'a pas obtenu plus de crédit qu'en France; Churchill, Barnes n'en parlent pas, et West, après l'avoir indiquée, ajoute : « Mais les théories de Virchow lui-même doivent reposer sur des faits, et je n'en connais aucun qui prouve que la péritonite précède habituellement l'hématocèle utérine » (1).

En Allemagne même, s'il est des gynécologistes qui l'acceptent, ils sont loin de s'entendre sur l'importance qu'on doit lui accorder. Ainsi tandis que Fréder l'érige, fort irrationnellement, dit Bernutz, en théorie générale de l'hématocèle; Virchow la réserve pour quelques cas seulement; il en est de même de Fristh de Leipsick, qui ne place même cette théorie que sur un rang tout à fait secondaire (2). Enfin, dans un ouvrage très-répandu en France, dans les éléments de pathologie interne de Niemeyer, il n'en est pas question.

Comme on le voit, les hématocèles qui reconnaissent pour cause prochaine une pelvi-péritonite antérieure, ou les hématocèles *par néo-membranes pelviennes*, comme nous les désignons encore par abréviation, ont été et sont encore méconnues par les auteurs les plus autorisés à parler sur la matière. Ceux mêmes qui en font mention, à part Fréder, les regardent comme douteuses ou très-rares, même lorsqu'il s'agit de pelvi-péritonites anciennes; à plus forte raison les passe-t-on sous silence, lorsqu'il s'agit de pelvi-péritonites récentes et subaiguës, comme dans le fait que nous venons de citer.

Cependant, si on se reporte à l'ensemble de notre observation, il est facile de se convaincre qu'elle présente, comme nous l'avons déjà fait remarquer, des analogies frappantes avec les observations des hématocèles les plus communes. Non-seulement nous avons dans celle-là, comme dans celles-ci, une péritonite circonscrite et une tumeur hématique rétro-utérine; mais encore, la malade se trouvait dans les conditions qui pré-

(1) West, *loc. cit.*, p. 513.

(2) Fristh, *Die vretrouterine hématocèle*, Lieprick, 1873, *Anal. in Revue des ciences médicales de Hayem*, t. III, p. 203.

disposent aux hématocèles ordinaires; elle était dans l'âge adulte ou la période utérine de la femme, sa menstruation était irrégulière, elle avait eu plusieurs grossesses antérieures. D'autre part, son affection a été précédé d'une suppression de règles, suivie d'une métrorrhagie, phénomènes prémonitoires auxquels on fait jouer un grand rôle dans la production de ces hématocèles; de plus, les accidents ont marché par saccades, c'est-à-dire ont présenté une de ces recrudescences soudaines, qu'on observe si souvent dans les mêmes cas; enfin la tumeur hématique elle-même, après s'être montrée brusquement, a dominé la scène, laissant sur un plan secondaire la péritonite concomitante, et c'est à sa terminaison favorable qu'a été dû le dénouement heureux de la maladie.

Ces analogies sont tellement frappantes, que, si au lieu d'arriver près de notre malade au début de ses accidents, et d'avoir pu ainsi les suivre pas à pas, nous n'étions arrivé près d'elle qu'après la formation de sa tumeur rétro-utérine; il est plus que probable que nous n'aurions pas méconnu l'hématocèle, comme nous l'avons fait pendant un certain temps. Par contre aussi, malgré les renseignements qu'on aurait pu nous fournir, ou plutôt en raison de ces renseignements, qui auraient été nécessairement incomplets, nous aurions vraisemblablement diagnostiqué d'emblée une *hématocèle métrorrhagique par reflux du sang par les trompes;* commettant ainsi une erreur de diagnostic définitive, et portant cette fois, non sur le genre, mais sur l'espèce. Ainsi, d'après les errements actuels, l'hématocèle de notre malade serait, singulier rapprochement, une hématocèle très-ordinaire quant à ses symptômes, et une hématocèle tout à fait exceptionnelle quant à sa cause prochaine.

Les choses étant ainsi, nous avons été conduit par là même à nous demander si, parmi les hématocèles ordinaires, il n'en était pas qui fussent des hématocèles reconnaissant pour cause prochaine ou pour origine une péritonite pelvienne antérieure, soit ancienne, soit récente et subaiguë.

Telle est la question que nous allons aborder actuellement. L'examen de cette question nous a paru d'autant plus intéressant qu'on est plus singulièrement divisé, abstraction faite de

la théorie de Virchow, sur le mode de formation des hématocèles ordinaires.

I

Un mot d'abord sur les hématocèles en général, afin de limiter et de préciser la discussion que nous avons en vue.

Il est reconnu aujourd'hui que, parmi les épanchements sanguins qui se font au voisinage de l'utérus et qui sont compris sous le nom générique d'*hématocèles peri-utérines*, certaines espèces sont absolument rares; telles sont les hématocèles sous-péritonéales, et parmi les hématocèles intra-péritonéales, celles qui sont liées aux ruptures de la trompe non gravide, à celle des veines tubo-ovariennes, etc. D'autres hématocèles sont au contraire relativement fréquentes, et représentent les hématocèles ordinaires ou communes. Celles-ci sont intra-péritonéales et ont pour siége habituel le cul-de-sac rétro-utérin, où elles forment une tumeur circonscrite le plus souvent, mais pas toujours cependant, par une péritonite concomitante. On est généralement d'accord sur les symptômes, la marche et les terminaisons qui caractérisent ces affections, et sur lesquels nous n'avons pas à nous arrêter ici. Il n'en est plus de même, lorsqu'il s'agit de leur origine ou de leur mode de formation.

De nombreuses causes, nous l'avons vu à propos de notre observation, ont été tour à tour invoquées comme pouvant donner lieu à ces hématocèles, et ont été le point de départ d'autant de théories. Mais la plupart de ces théories, s'appuyant soit sur des faits qui n'étaient qu'exceptionnels, soit sur des données exclusivement physiologiques, ont été successivement abandonnées. Les seules qui aient survécu aux discussions dont elles ont été l'objet, et qui se partagent encore la faveur aujourd'hui, sont la théorie de Gallard, qui est la plus large expression de toutes celles qui mettent en cause une lésion de l'ovaire ou un trouble de l'ovulation ; et celle qui est soutenue par Ber-

nutz et Trousseau. Nous avons déjà fait connaître ces deux théories précédemment; cependant nous devons y revenir, pour montrer jusqu'à quel point elles diffèrent, tout en ayant en vue les mêmes faits.

Emises toutes les deux, dès que l'attention se fut portée sur les affections qui nous occupent, habilement présentées, défendues avec persévérance, et de plus appuyées sur des considérations physiologiques d'une importance incontestable, et sur des faits anatomo-pathologiques probants dans une certaine limite, elles se sont affirmées en face l'une de l'autre sans se faire aucune concession.

En effet, dans son article *Hématocèle*, que nous avons déjà cité, et auquel nous reviendrons souvent, parce qu'il forme le résumé de ses travaux sur la question, Bernutz regarde toujours l'hématocèle ordinaire, classique, comme due à l'exsudation sanguine exagérée de la muqueuse tubo-utérine avec migration du sang dans la cavité péritonéale par les trompes; exsudation, qui pour Trousseau est exclusivement limitée à la muqueuse tubaire. Toutes les autres espèces d'hématocèles, qu'il comprend sous le nom collectif d'*hématocèles par rupture* sont pour Bernutz d'une excessive rareté. De plus, il refuse le nom d'hématocèles, aux épanchements sanguins intra-péritonéaux, liés aux grossesses extra-utérines, en se basant sur ce fait, que ces épanchements ne sont pas toujours circonscrits par une péritonite, et entraînent le plus souvent la mort dans un court espace de temps.

De son côté, dans ses Leçons Cliniques sur les maladies des femmes, publiées à la même époque que l'article précédent, Gallard met toujours en doute ou plutôt rejette toujours le mécanisme invoqué par Bernutz et par Trousseau pour expliquer la formation des hématocèles communes; le sang n'ayant été constaté dans les trompes que lorsqu'il existait soit un état pathologique de ces organes, tel qu'une grossesse tubaire, soit un obstacle matériel à l'écoulement du sang à l'extérieur, tel qu'une oblitération congénitale ou acquise du conduit tubo-utéro-vulvaire, soit enfin une maladie générale hémorrhagique, telle que la variole, la rougeole hémorr

ques, etc., conditions qui n'ont rien à voir dans les faits d'hématocèles spontanées, ordinaires ou communes. (1).

Pour cet auteur, ces affections, véritables entités morbides, essentiellement liées à la perturbation de l'acte physiologique de l'ovulation, sont des faits de pontes extra-utérines, que l'œuf soit ou non fécondé. « Si, ajoute-il, l'hématocèle qui a son point de départ dans une grossesse extra-utérine, est plus grave que celle qui procède d'une simple ponte d'un œuf non fécondé, il n'en est pas moins vrai que la physionomie de la maladie est absolument la même.... » (2)

Telles sont les théories, voyons ce qu'elles deviennent en face des faits, en mettant de côté les cas exceptionnels et en ne nous occupant que des hématocèles ordinaires, les seules qui nous intéressent. Lorsque les accidents sont brusques, intenses et suivis de la terminaison fatale, toutes choses qui vont ordinairement ensemble; dans certains cas, la nécropsie permet de retrouver dans le foyer de l'hématocèle un ovule fécondé, plus ou moins avancé, et qui a été la cause de l'hémorrhagie; par là même il reste acquis que dans ces cas on a affaire à de véritables grossesses extra-utérines. Gallard en cite plusieurs observations très-concluantes, et pour lui, si le fait n'a pas été constaté plus souvent, cela tiendrait aux difficultés que présente la recherche de l'ovule perdu au milieu des caillots sanguins et des adhérences intestinales. Ce qui prouve le bien fondé de cette remarque, c'est que les faits de ce genre se multiplient, à mesure que les hématocèles sont étudiées avec plus de soin. Le professeur Béhier, dans une de ses dernières cliniques, en a fait connaître une nouvelle observation (3); et Duguet dans un cas de grossesse extra-utérine a noté des traces

(1) Les quelques observations *avec autopsie* que Bernutz invoque à l'appui de sa théorie, telles que celles qu'il a publiées en 1848, celles de Hélie, Laboulbène, Proust, Barlow, rentrent toutes dans les conditions exceptionnelles que nous venons d'indiquer. Quant à celle de West, ou il y a eu guérison, nous avons montré précédemment combien elle est peu concluante.

(2) Gallard, *loc. cit.*, p. 688.

(3) Béhier, *Gazette hebdomadaire*, 1874.

d'hémorrhagies antérieures siégeant autour du kyste fœtal, et qui confirment la théorie de Gallard (1). Toutefois, il faut le reconnaître, dans ces cas, il n'est pas rare que le sang épanché soit resté libre dans la cavité péritonéale, ce qui éloigne ces faits des hématocèles les plus fréquentes, où il existe toujours une tumeur nettement circonscrite par une péritonite concomitante.

Dans d'autres faits, également à terminaison fatale, on constate une altération évidente de l'ovaire, altération qui, d'après les recherches du professeur Robin et de Puech est une apoplexie ovarienne. C'est à ces derniers cas que Gallard fait allusion, en parlant d'hématocèles par ponte extra-utérine d'un ovule *non fécondé*; car l'apoplexie ovarienne n'est pour lui que le « résultat de la maturité d'un ovule, développé dans un point trop éloigné de la surface de l'ovaire pour avoir pu s'en détacher. » Grâce à l'extension que l'auteur prête ainsi à sa théorie, les hématocèles à début brusque et à terminaison fatale, lui donnent raison, pour un certain nombre de faits, même lorsqu'il s'agit d'hématocèles intra-péritonéales parfaitement circonscrites.

Mais les cas dont nous venons dé parler ne sont pas les plus fréquents; en effet, et c'est là un fait sur lequel nous insisterons plus tard, à propos de la symptomologie de ces affections, les accidents qui caractérisent les hématocèles qu'on rencontre dans la pratique ordinaire, sont loin d'être brusques et violents à leur début, rapides dans leur marche et de se terminer par la mort. Le plus souvent c'est le contraire qui s'observe, et la guérison a lieu, soit par l'ouverture de la poche hématique à l'extérieur, soit par la résorption du sang épanché. Bien que ces faits échappent au contrôle anatomique, Gallard, fidèle à sa théorie, les regarde toujours comme des cas de grossesse ou plutôt de ponte extra-utérine, ne pouvant admettre que « les hématocèles qui guérissent soient constituées par une lésion différente de celle des hématocèles qui se terminent par la mort... »

---

(1) Duguet, *loc. cit.*

Généralement on hésite à suivre cet auteur dans la voie qu'il a tracée, car le nom seul de grossesse ou de ponte extra-utérine implique l'idée de lésions graves, d'accidents intenses et de terminaison fatale. La théorie de Bernutz ou celle de Trousseau, qui l'une et l'autre mettent en cause un processus morbide sans gravité par lui-même, bénéficient de cette situation, c'est-à-dire du manque de contrôle anatomique, et d'autre part, du manque de théorie pouvant se concilier avec la terminaison favorable des faits que nous venons d'indiquer. Aussi, malgré les hypothèses nombreuses et fort contestables que cette interprétation commande, les hématocèles à terminaison favorable sont-elles considérées le plus souvent, comme des hématocèles par hémorrhagie de la muqueuse tubo-utérine ou tubaire avec reflux du sang dans le péritoine par les trompes.

En regard de cette seconde interprétation, se place nécessairement celle à laquelle nous avons été conduit par la comparaison de notre observation avec les hématocèles communes, et qui du reste dérive de la théorie de Virchow. En effet si le contrôle anatomique lui fait défaut comme aux deux autres; du moins, comme la précédente, et même *a fortiori*, elle se concilie avec la terminaison favorable de l'affection ; car, faisant intervenir, comme cause prochaine de l'hématocèle, une pelvi-péritonite antérieure, elle met aussi en cause, un processus morbide sans gravité par lui-même et de plus à évolution parfaitement déterminée.

Il suit de ce qui précède que, pour arriver à la solution de la question que nous nous sommes posée, à savoir si les hématocèles par néo-membranes pelviennes sont fréquentes ou non, nous n'avons pas à nous préoccuper des hématocèles à terminaison fatale, qui sont ici hors de cause et rentrent dans la théorie de Gallard. Le débat ne doit porter que sur le second groupe, c'est-à-dire sur les hématocèles qui se terminent par la guérison. Il se circonscrit ainsi entre la théorie de Virchow et celle de Bernutz, qui s'adressent particulièrement à ce même ordre de faits. Toutefois nous discuterons aussi les autres théories à l'occasion.

Résumons en quelques mots ce qui rapproche et ce qui

éloigne l'une de l'autre les deux manières de comprendre la formation des hématocèles communes, que nous avons principalement à examiner.

D'après Bernutz, tout épanchement sanguin intra-péritonéal, qui mérite le nom d'hématocèle, est accompagné d'une péritonite qui le circonscrit sous forme de tumeur : « Il n'y a pas, dit-il, d'hématocèle intra-péritonéale sans pelvi-péritonite bien caractérisée.» A plus forte raison en est-il ainsi des hématocèles qui doivent être attribuées à une hémorrhagie de la muqueuse tubo-utérine ou de la muqueuse tubaire. De plus, dans ces mêmes faits, bien que, d'après cette théorie, la péritonite soit provoquée par le reflux du sang dans la cavité péritonéale et par là même soit une péritonite secondaire et par hémorrhagie; c'est, comme nous le verrons bientôt, surtout par les symptômes, qui caractérisent l'inflammation de la séreuse pelvienne, que l'hématocèle elle-même se révèle tout d'abord à la malade, sinon à l'observateur. De même, les hématocèles, qui sont justiciables de la théorie de Virchow, sont aussi et nécesairement accompagnées d'une pelvi-péritonite; mais, dans ces dernières, cette pelvi-péritonite est une peritonite séro-adhésive ordinaire; et c'est elle qui, précèdant l'épanchement sanguin en est l'origine par l'intermédiaire de néo-membranes vascularisées, et de vaisseaux de nouvelle formation. Et il en est ainsi pour nous, qu'il s'agisse d'une pelvi-péritonite ancienne, comme l'a établi Virchow; ou d'une pelvi-péritonite récente, subaiguë ou modérée, comme nous l'avons vu à propos de notre observation.

Etant admis que ces deux théories rendent également bien compte de la formation de la tumeur hématique, et soient aussi bien fondées l'une que l'autre, ce que nous aurons à examiner plus tard; la question, que nous avons à résoudre actuellement, revient à savoir si l'hématocèle à terminaison favorable est une hématocèle par reflux du sang dans le péritoine et péritonite par hémorrhagie, ou bien une hématocèle par néo-membranes pelviennes et péritonite séro-adhésive ordinaire.

Pour élucider cette question, nous ne pouvons mieux faire

que de nous en tenir à la symptomatologie et au diagnostic que Bernutz trace lui-même des hématocèles en général. Nous verrons par là même si les faits cliniques qu'il rapporte à sa théorie confirment bien le mécanisme qu'il invoque; ou si au contraire il n'y a pas lieu, pour ces mêmes faits, de préférer la théorie de Virchow, étendue, comme nous venons de l'indiquer, aux pelvi-péritonites récentes subaiguës ou modérées.

II.

Bernutz n'aborde qu'incidemment la question de diagnostic et de pathogénie, que nous venons de poser à l'égard des hématocèles à terminaison favorable. Nous devons cependant citer les quelques lignes qu'il lui consacre et en montrer toute la portée.

Après avoir signalé, comme cause possible d'une espèce toute particulière d'hématome utérin, le processus indiqué par Virchow, cet auteur ajoute : « Mais il faut reconnaître que le nombre des faits dans lesquels on peut admettre ce processus est restreint, de l'avis même de Virchow ; et que ces faits doivent avoir à leur période initiale une symptomatologie différente de celle de l'hématocèle classique. Celle-ci, poursuit-il, est caractérisée par la manifestation, *au bout de très-peu de jours du début* de la péritonite par hémorrhagie, d'une tumeur sanguine considérable » (1), tandis que cette tumeur fait nécessairement défaut pendant quelque temps, lorsqu'on a affaire à un hématome utérin qui reconnaît pour cause une pelvi-péritonite antérieure, cette dernière ayant existé seule tout d'abord.

Sans doute le développement rapide d'une tumeur sanguine, coïncidant avec l'apparition d'une péritonite, a la plus grande valeur comme signe d'une hématocèle classique, c'est-à-dire ici d'une hématocèle avec péritonite par hémorrhagie, et ne

(1) Bernutz. Art.: *Hématocèle*, loc. cit., p. 307.

permet pas d'hésiter dans le diagnostic. Mais pour qu'on soit à même de constater qu'il s'agit bien d'un de ces cas, il faut évidemment que les malades soient examinés peu de temps après le début des accidents. Et c'est ce qui n'a pas lieu pour les hématocèles communes, c'est-à-dire pour celles que Bernutz rapporte tout spécialement à sa théorie ; de telle sorte que si l'on s'en tenait rigoureusement au caractère indiqué ci-dessus, l'hématocèle par hémorrhagie de la muqueuse tubo-utérine et reflux du sang par les trompes, loin d'être fréquente, comme il le soutient, serait tout à fait exceptionnelle, si tant est même qu'on pût en admettre l'existence.

Cette proposition sera pleinement justifiée soit par la description de la période initiale des hématocèles, que nous empruntons au même auteur quelques pages plus loin ; soit par l'analyse que nous ferons ultérieurement des accidents qui caractérisent cette période.

« On trouve en somme, dit-il en parlant du début des hématocèles en général, on trouve les signes d'une péritonite qui débute brusquement et dont les symptômes vont rapidement en s'accentuant, et s'aggravent davatange, dans un court espace de temps ; mais qui peut, comme nous venons de l'indiquer, *offrir une intensité excessivement variable, suivant les nuances infinies de gravité qu'elle présente.* » Puis il indique que cette péritonite peut-être suraiguë, aiguë, ou modérée.

« Cette symptomatologie, ajoute-t-il à propos de cette dernière, s'observe dans quelques-unes des hématocèles métrorrhagiques, mais surtout dans les hématocèles cataméniales, qui ont été précédées d'une suppression de règle datant de un mois ou plus, pendant lesquels les malades ont eu des *douleurs pelviennes avant l'épanchement intra-péritonéal*.... On trouve enfin, poursuit-il, la péritonite très-bénigne dans certains cas, et bénigne à ce point que les malades, après quelques jours de repos, ont pu reprendre incomplètement leurs occupations, vaquer à moitié aux soins de leur ménage ; chez le plus grand nombre de ces femmes, qui entrent *très-tardivement* à l'hôpital, l'hématocèle mérite le nom d'hématocèle métrorrhagique, que je leur ai donné, ou celui d'hématocèle tubaire, qu'ont adopté

Trousseau et Puech. Les hématocèles de cette espèce sont symptomatiques d'une exhalation sanguine exagérée des organes génitaux, que Trousseau admet comme moi, qu'il considère comme moi, comme une manifestation secondaire dans le plus grand nombre des cas, d'une maladie générale ou locale, mais à laquelle il donne exclusivement pour siége la muqueuse tubaire, tandis que je crois que les muqueuses tubaire et utérine en sont concurremment le siége et fournissent chacune une partie du sang qui s'épanche dans le péritoine. »

Plus loin, Bernutz complétant son idée, à propos des métrorrhagies qui précèdent ou accompagnent souvent le début des hématocèles, ajoute : « Le flux sanguin antécédent à l'épanchement sanguin intra-péritonéal est suspendu ou très-amoindri, non-seulement le jour où s'opère la migration du sang dans le ventre, mais dans les jours suivants, pendant lesquels la péritonite va s'aggravant chaque jour, quelquefois comme par saccades; ce qui a fait penser que, dans un certain nombre de cas, le passage du sang se fait par poussées succsssives, mais ce qui peut aussi tenir uniquement à l'extension, dans les premiers jours, du travail inflammatoire, dont le péritoine est devenu accidentellement le siége, et au développement des néo-membranes qu'il fait naître successivement. C'est alors que les malades entrent le plus souvent à l'hôpital, c'est-à-dire lorsque l'épanchement sanguin a déterminé une péritonite d'intensité moyenne, ce qui est le cas le plus fréquent. »

D'après ces passages, on voit que, parmi les symptômes qui marquent le début des hématocèles, les plus saillants sont ceux d'une péritonite, et que cette péritonite est tantôt aiguë ou suraiguë, et tantôt bénigne ou modérée. De plus, et c'est là surtout ce qui nous intéresse, Bernutz regarde comme dues à une hémorrhagie de la muqueuse tubo-utérine avec migration du sang dans le péritoine par les trompes, les hématocèles qui sont caractérisées à leur début par une péritonite modérée, bénigne ou très-bénigne même, et dont les symptômes ne s'aggravent que progressivement ou par saccades, de telle sorte que les malades n'entrent que très-tardivement à l'hôpital.

Lorsqu'on se reporte aux observations qui ont servi de type à la description précédente, il est facile de s'assurer d'un fait important à noter, et qui du reste était à prévoir; c'est que la péritonite concomitante de l'hématocèle n'est aiguë ou suraiguë dès son apparition, que lorsqu'il s'agit d'hématocèle à début brusque et à terminaison fatale. Lorsque cette péritonite affecte au contraire la marche bénigne ou modérée, dont il vient d'être question, l'hématocèle se termine par la guérison, à moins de complications accidentelles. C'est du moins ce qui ressort de la comparaison de trente-deux cas d'hématocèles intra-péritonéales, qui sont insérés dans la *Clinique des maladies des femmes*, tant en note que dans le corps de l'ouvrage, et sur lesquels onze se sont terminés par la mort et vingt et un par la guérison.

Dans le premier groupe de faits, par suite de l'intensité des accidents, les malades sont obligées de prendre le lit immédiatement, et l'existence d'une tumeur hématique est reconnue dès les premiers jours et parfois même dès les premières heures qui suivent le début de l'affection. Dans les hématocèles à début brusque et violent et à terminaison fatale, on retrouve donc le caractère différentiel que Bernutz attribue à l'hématocèle classique, à savoir la manifestation d'une tumeur sanguine considérable au bout de très-peu de jours du début de la péritonite par hémorrhagie; et il y a bien en effet dans ces cas péritonite par hémorrhagie. Mais, nous l'avons vu précédemment, l'autopsie vient démontrer qu'alors on a affaire, soit à des hématocèles par rupture, c'est-à-dire liées à une altération de l'ovaire, de la trompe ou des veines tubo-ovariennes, soit à des hématocèles symptomatiques d'une maladie générale hémorrhagipare, soit enfin à des grossesses extra-utérines; c'est-à-dire à des hématocèles très-rares, ou même à des affections auxquelles il refuse le nom d'hématocèle.

Dans le second groupe, les hématocèles à terminaison favorable, au contraire, le caractère différentiel en question fait défaut, ou du moins la tumeur hématique n'est constatée qu'un temps plus ou moins long après le début des accidents. Qu'il y ait eu antérieurement ou non des douleurs pelviennes, une

suppression des règles ou des métrorrhagies ; à la période initiale de l'affection, la péritonite pelvienne, qui est alors le phénomène prédominant, ne présente pas de gravité ; par suite les malades ne sont pas arrêtées dans leurs occupations, ou ne le sont que pendant les premiers jours. Comme le dit Bernutz, elles peuvent encore vaquer à moitié aux soins de leur ménage, et elles n'entrent que *très-tardivement* à l'hôpital, lorsqu'une aggravation sensible est survenue dans leur état. L'examen méthodique, auquel on les soumet alors, permet de constater chez elles la présence d'une tumeur sanguine rétro-utérine, reconnue telle à ses caractères propres, sur lesquels nous n'avons pas à nous arrêter ici. Mais au moment où l'on peut s'assurer ainsi qu'il s'agit bien d'une hématocèle, il y a déjà plusieurs semaines et souvent plusieurs mois que les accidents ont débuté, c'est-à-dire que la pelvi-péritonite s'est révélée par des douleurs persistantes dans le bas-ventre, de la gêne dans la station debout et dans la marche, par une fièvre plus ou moins vive, et quelquefois par des vomissements. Dans certains cas même, les malades ont déjà été soumises à un traitement destiné à combattre cette pelvi-péritonite, tel que des applications de cataptasmes, de vésicatoires ou de sangsues, etc.

A l'appui de ce que nous venons d'avancer, sur l'époque tardive à laquelle la tumeur hématique est constatée, nous citerons les chiffres suivants, qui nous sont fournis par les vingt et un cas d'hématocèles à terminaison favorable dont nous avons parlé. En faisant la part de ce qui appartient aux troubles menstruels, auxquels les malades étaient sujettes, et de ce qui appartient à l'hématocèle ou plutôt à la pelvi-péritonite du début de l'affection (ce qui est le plus souvent facile, grâce aux détails de chaque observation); on trouve que sur ces vingt et un cas, dans sept, ce n'est que trois semaines ou un mois après les premiers symptômes de péritonite, que les malades sont entrées à l'hôpital, autrement dit que la tumeur hématique a été constatée (1);

(1) Burnutz et Goupil. loc. cit., t. I: Obs. XXXIV, XXXV, XXXVI) p, 200 suiv.; obs. XV, XVI, XVII, p. 466 et suiv.; obs. en note p. 236.

dans quatre cas, les accidents remontaient à six semaines (1); dans cinq, ils dataient de deux mois et plus (2); dans les cinq autres cas, ils remontaient également à une date plus ou moins éloignée, mais que l'observation ne permet pas de préciser (3). Est-il besoin d'ajouter que dans ces cas, il s'agit bien d'hématocèles, c'est-à-dire d'affections caractérisées par la présence de tumeurs sanguines intra-péritonéales et circonscrites au voisinage de l'utérus; car, sans parler des symptômes propres à la tumeur rétro-utérine, dans tous, sauf dans un ou deux, il y a eu ouverture spontanée ou artificielle de cette tumeur à l'extérieur, ce qui ne permet pas de mettre en doute le diagnostic en tant qu'hématocèle (4).

De l'étude des observations, aussi bien que de la description clinique de Bernutz, et il ne pouvait pas en être autrement, il ressort donc ce fait capital pour nous, à savoir que parmi les hématocèles intra-péritonéales, il en est qui débutent par une péritonite pelvienne, bénigne ou modérée, précédée ou non de douleurs abdominales, d'une suppression de règles ou de métrorrhagies, et dont les symptômes vont en s'aggravant graduellement ou par saccades, de telle sorte que ce n'est que peu à peu que cette péritonite acquiert une certaine intensité. Dans ces hématocèles, nous venons de le voir, la tumeur hématique n'est constatée que tardivement par rapport au début des accidents, et la terminaison favorable est la règle. Si l'on s'en rapporte aux observations de la *Clinique des maladies des femmes*,

(1) *Idem*. Obs. III, p. 368 ; obs. en note, p. 440; obs. XIV, p. 464 ; obs. en note, p. 498.

(2) *Idem*. Obs. XXXVIII, p. 214; obs. XLI, p. 224; obs. XLIII, p. 241; obs. en note, p. 452 ; obs. en note, p. 483.

(3) *Idem*. Obs. XXXIX, XL, p. 220 et suiv.; obs. en note, p. 442; obs. XIII, p. 461 ; obs. en note, p. 481.

(4) On trouvera dans le *Traité clinique des maladies des femmes* de Robert Barnes, traduction du Dr Cordes (1876), des observations d'hématocèle à *terminaison favorable*, en tout semblables à celles dont nous venons de parler; nous citerons notamment l'observation d'Olshausen, p. 499, celle de Mister Burton de Blackeath, p. 508, celle de Mister Cass, p. 511, et il suffirait, nous n'en doutons pas, de parcourir les recueils d'observations d'hématocèles pour retrouver de nombreux faits analogues.

que nous avons citées, et auxquelles se joignent nos deux observations personnelles, dans la très-grande majorité de ces cas, il s'écoulerait de trois à six semaines entre l'apparition des premiers symptômes de la pelvi-péritonite et le moment où il est reconnu qu'on a affaire à une hématocèle, ou, ce qui revient au même, qu'il existe une tumeur hématique péri-utérine et enkystée. Ajoutons enfin que, eu égard à la rareté des hématocèles à terminaison fatale, les hématocèles qui se comportent comme nous venons de l'indiquer, non-seulement existent, mais encore sont, de toutes les affections comprises sous ce nom, celles qu'on rencontre le plus souvent dans la pratique ordinaire, celles qui méritent par excellence le nom d'hématocèles communes, d'hématocèles classiques.

Ce sont ces faits, ou la plupart de ces faits, comme nous venons de le voir, que Bernutz rapporte à un reflux du sang dans le péritoine par les trompes. Ce sont ces mêmes faits que nous devons de notre côté examiner au point de vue pathogénique, en tenant compte de la théorie de Virchow, comprise comme nous l'avons indiquée précédemment.

III.

Nous devons faire remarquer tout d'abord, à un point de vue général, que si la présence d'une tumeur hématique circonscrite au voisinage de l'utérus permet de dire qu'il y a hématocèle ou de porter le diagnostic du *genre*; cela ne suffit pas pour établir quelle est la cause prochaine de cette tumeur, c'est-à-dire pour établir le diagnostic de l'*espèce* d'hématocèle à laquelle on a affaire. Dans les hématocèles rares et à terminaison fatale, ce dernier diagnostic n'est le plus souvent mis hors de doute que par l'examen nécroscopique. Dans les hématocèles communes, cette ressource de l'autopsie fait défaut; et elle fait défaut, même lorsque l'affection se termine par la mort, ce qui est tout à fait exceptionnel. Celle-ci n'arrive alors en effet que très-tardivement, et d'un autre côté les lésions qu'on re-

trouve dans les cas rapidement mortels et que l'on *suppose exister* dans les hématocèles en question, n'existant pas, l'examen nécroscopique ne peut que constater la présence de l'épanchement sanguin et de la péritonite qui le circonscrit, ainsi que les modifications qu'ils ont subies l'un et l'autre, mais il ne permet pas d'aller au delà, c'est-à-dire d'établir quelle est l'origine du sang épanché. S'il n'en était pas ainsi, comment s'expliquer que les auteurs soient encore aussi divisés aujourd'hui qu'ils l'étaient il y a vingt ans, sur la cause prochaine de ces sortes d'hématocèles? Dans le cas contraire, leurs divergences ne tomberaient-elles pas, ne seraient-elles pas tombées devant des faits anatomiques, c'est-à-dire de simple observation, réellement concluants? Aussi, l'hématocèle reconnue, chacun l'interprète-t-il, quant à sa cause, suivant sa théorie ou la théorie à laquelle il donne la préférence. A plus forte raison en est-il ainsi, lorsque la guérison a lieu, ce qui est la règle, comme nous l'avons dit. D'après les errements actuels, pour ces faits le diagnostic du genre et celui de l'espèce se confondent pour ainsi dire en un seul, la théorie suppléant à ce que l'observation ne peut pas démontrer. Il suffit en d'autres termes de reconnaître la tumeur hématique, pour qu'on dise qu'il y a hématocèle par reflux du sang dans le péritoine, ou par ponte extra-utérine, ou toute autre cause analogue.

Mais il est évident qu'aucune de ces interprétations ne peut être acceptée, s'il n'est préalablement démontré que dans ces cas, comme dans les hématocèles rares et à terminaison fatale, la péritonite concomitante de la tumeur hématique est une péritonite par hémorrhagie, et non une péritonite séro-adhésive ordinaire ayant précédé l'épanchement sanguin intra-péritonéal. Et c'est là précisement un côté de la question que les auteurs n'ont pas examiné. On s'est demandé si le sang provenait de la trompe ou de l'ovaire, s'il y avait ou non péritonite; on a insisté sur les caractères qui peuvent faire différencier la tumeur pseudo-hématique, que produit parfois la pelvi-péritonite ordinaire, de la tumeur hématique, signe pathognomonique de l'hématocèle. Mais on a admis *a priori*, que dans l'hématocèle qui guérit, aussi bien que dans celle qui tue, la

péritonite concomitante est toujours une péritonite par hémorrhagie.

La nécessité de rechercher et d'établir, en faisant pour ainsi dire abstraction de la tumeur hématique, quelle est cette péritonite, au point de vue de sa nature ou de sa cause, nous paraît cependant s'imposer ici pour les raisons suivantes. D'abord à la période initiale de l'hématocèle commune plus que dans toute autre, c'est l'inflammation de la séreuse pelvienne qui est le phenomène le plus important de tous ceux qui peuvent annoncer le début de l'affection. En second lieu, la tumeur sanguine n'étant constatée dans ces cas, nous avons insisté sur ce fait, que tardivement par rapport au début des accidents, l'existence de cette tumeur ne peut fournir par elle-même aucune indication sur le moment où elle a pu se produire ; et par suite elle laisse dans l'incertitude sur la cause première des deux éléments qui la constituent, la pelvi-péritonite et l'épanchement sanguin intra-péritonéal. Enfin, et cette raison est la conséquence de la précédente, et du point de vue auquel nous nous sommes placé, dans ces cas, on peut avoir affaire à une pelvi-péritonite séro-adhésive ordinaire, qui aurait précédé et engendré l'hématome utérin.

Quant à ce diagnostic en lui-même, il ne peut reposer que sur l'étude des conditions qui précèdent ou accompagnent le développement de cette pelvi-péritonite, et notamment sur les symptômes qui la caractérisent à son début. Nous allons passer en revue ces deux ordres de faits, en nous appuyant d'une part sur la description clinique du début des hématocèles communes, que nous avons reproduite précédemment, et d'autre part sur le tableau si complet que Bernutz et Goupil ont tracé des pelvi-péritonites ordinaires.

(A suivre.)

REVUE CLINIQUE

KYSTE OVARIQUE UNILOCULAIRE. PONCTIONS MULTIPLES EN QUATRE ANS. HÉMORRHAGIES CONSÉCUTIVES AUX PONCTIONS ET AUTRES PARTICULARITÉS.

Par le Dr O. Saint-Vel.

En novembre 1871, M. le Dr F. Guyon et moi, nous étions appelés à donner nos soins à Madame A..., pour un kyste de l'ovaire dont elle rapportait le développement aux privations subies pendant le siége de Paris. Cette malade, âgée de 58 ans, avait eu des grossesses et des parturitions normales dans sa jeunesse. Déjà elle avait dû être ponctionnée bien des années avant notre examen, la première fois en 1844, par Auguste Bérard, la seconde fois en 1854, par Giraldès. Le kyste, uniloculaire, avait un développement qui commençait à gêner la respiration et la circulation ; la ponction eut lieu le 28 novembre. M. Guyon se servit de l'appareil de M. Potain dont un des moindres avantages est la mesure exacte du liquide extrait. Il s'écoula vingt-sept litres d'un liquide ayant l'apparence de la bière brune. Le ventre fut comprimé par un bandage de corps, serré sur des plaques épaisses de ouate.

L'épanchement mit six mois à se reproduire ; la ponction, faite le 6 juin 1872, fournit trente litres. A partir de cette date, les ponctions devaient se rapprocher et le contenu du kyste augmenter. Le 20 août, il y eut trente-cinq litres ; le 24 octobre, 37 ; le 15 décembre, quarante litres.

En 1873, six ponctions durent être pratiquées, le 9 février, le 23 mars, le 22 juin, le 11 septembre, le 17 octobre et le 23 novembre, donnant successivement quarante litres et demi, trente-huit, quarante-deux, quarante et un, quarante-trois et trente-neuf.

L'année suivante, le nombre des ponctions s'éleva à sept. Elles furent pratiquées le 3 février, le 15 mars, le 20 avril, le 6 juin, le 4 août, le 10 octobre et le 19 décembre. Les quantités du liquide furent de quarante, quarante-deux, quarante-cinq, quarante-trois, trente-neuf, trente-cinq et trente-sept litres.

Dans les deux premières années, Madame A... pouvait encore sortir dans l'intervalle des ponctions. A partir de 1874, la réclusion devint une nécessité. L'abdomen, même après l'évacuation du liquide, restait

développé; l'épanchement se reproduisait promptement, et la santé générale s'altérait de plus en plus. Tout ce qui constitue un régime tonique, aliments et médicaments, vin, alcool, préparations amères, eaux minérales ferrugineuses, fut employé pour atténuer cette déperdition énorme. L'anémie n'en devait pas moins arriver à la cachexie, le faciès prendre le cachet ovarique, et la faiblesse s'accroître par le dégoût des aliments, la difficulté des digestions et des accidents de diarrhée.

Dans l'année 1875, les ponctions donnèrent une quantité moindre de liquide. Les caractères de celui-ci restèrent les mêmes jusqu'à la fin. Le 6 mars, il s'en écoula trente et un litres; le 10 avril, vingt-quatre et demi; le 15 mai, vingt-sept; le 21 juillet, trente; le 26 août, trente; le 15 octobre, vingt-quatre; le 11 décembre, vingt-cinq litres. Les ponctions des mois de juillet et d'octobre furent signalées par une hémorrhagie consécutive au retrait de la canule. Le sang, rutilant, s'écoulant au dehors par saccades, provenait de quelque artère des parois du kyste, intéressée par le trocart. La compression latérale de la paroi abdominale au moyen d'une épaisse couche de ouate, en s'ajoutant à la compression exercée sur la surface excavée du ventre par de la ouate pressée par un bandage de corps, suffit pour arrêter l'écoulement de sang.

Deux fois, dans l'année 1874, on eut à se demander, après la ponction, si l'on pouvait y revenir, tant la malade semblait affaiblie. L'état général se releva néanmoins à la suite d'un changement de résidence dans un quartier élevé de Paris.

Dans les derniers mois de 1875, la cachexie fit des progrès annonçant une terminaison prochaine. Celle-ci fut accélérée par une maladie intercurrente, une bronchite survenue après la dernière ponction. Il se produisit des phénomènes d'asphyxie par la difficulté de l'expectoration due à la distension récente de la partie inférieure du thorax et la mort survint le 21 décembre.

Réflexions. — Il convient de reprendre les particularités intéressantes de cette observation. Ce qui frappe d'abord, c'est le long intervalle écoulé entre les trois premières ponctions, dix ans entre celle qu'a pratiquée Auguste Bérard, en 1844, et celle que Giraldès a faite; dix-sept ans entre cette dernière et la première ponction de M. Guyon.

A partir de cette époque, il ne faudra plus qu'un temps très-court, cinq à six semaines, pour que l'épanchement se reproduise et arrive, par la gêne mécanique apportée à la respiration et à la circulation, à nécessiter l'emploi du trocart. La quantité consi-

dérable du liquide fourni ainsi pendant quatre ans est un second fait intéressant. Les chiffres des ponctions oscillent entre vingt-quatre et quarante-cinq litres et le total des vingt-cinq ponctions est de huit cent quatre-vingt-quatre litres.

La reproduction et l'abondance du liquide kystique à des intervalles aussi rapprochés auraient autorisé à tenter l'ovariotomie chez un sujet plus jeune. Elle aurait pu être risquée, si une résolution contraire de la malade n'eut fait hésiter devant un conseil dont les périls ne pouvaient être dissimulés. Avec la ponction nous restions dans une impasse. Le traitement palliatif n'en eut pas moins une longue durée.

On peut se demander si le mode de ponction employé par M. Guyon n'a pas contribué à ce résultat. L'inconvénient de l'appareil de M. Potain n'est que la lenteur de l'opération. Ses avantages sur le trocart ordinaire sont considérables pour la malade. Comme il ne produit pas une déplétion rapide, il permet un retour plus gradué des organes à leur position et à leurs conditions normales et il prévient les accidents de syncope. Le soulagement n'est acquis au prix d'aucun malade sérieux, circonstance importante lorsqu'il s'agit de vider à des intervalles rapprochés une cavité qui peut contenir jusqu'à quarante-cinq litres.

Un kyste ovarique n'atteint pas un développement aussi considérable sans que ses parois épaissies contiennent des artères volumineuses. On comprend toute la gravité, chez un sujet affaibli, d'un épanchement de sang dans la cavité du kyste par suite d'une hémorrhagie due à la ponction. La lésion d'une artère de la paroi, accident qu'on ne peut sûrement éviter, est moins à craindre avec un petit trocart. L'instrument a moins de chance de rencontrer le vaisseau ; la piqûre de celui-ci est moins grave. Nous avons eu, néanmoins, deux fois une hémorrhagie artérielle, immédiatement après la sortie de la canule et assez forte pour causer quelque préoccupation.

En résumé, le traitement palliatif d'un kyste de l'ovaire aussi développé par la ponction a permis de prolonger l'existence de la malade pendant quatre ans et dans des conditions supportables les trois premières années.

FIÈVRE INTERMITTENTE RÉGULIÈRE AVEC FRISSON TRÈS-NET CHEZ UN ENFANT DE SIX MOIS,

Par le Dr Le Double (de Tours),
Ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté.

J'ai été appelé le 5 décembre dernier pour voir un enfant de six mois, malade depuis huit jours. Etat saburral, vomissements, diarrhée, ventre dur et ballonné. La mère, femme très-intelligente, me dit qu'il avait chaque matin à 10 heures un accès de fièvre, durant 6 heures, débutant par un tremblement très-marqué, puis chaleur et sueur abondante. Dans l'intervalle des crises l'enfant était gai, mais au moment de l'accès, il poussait de petits cris plaintifs; il était pris de convulsions et sa figure devenait pâle. Je prescrivis le sirop d'ipéca composé, ainsi formulé :

Sirop d'ipéca. . . . . . 40 gr.
Poudre d'ipéca. . . . . 0,40 centigr.

Pour être encore mieux fixé sur la nature de la maladie, je recommandai aux personnes présentes et principalement à la mère d'observer attentivement si la fièvre se reproduisait, à quelle heure elle commençait et se terminait, quelles étaient ses allures.

Le 7 décembre je fus rappelé et je trouvai l'enfant plus anémié que la première fois. Il a, paraît-il, beaucoup maigri, mais comme il était très-fort cela semble moins sensible. La fièvre a eu lieu la veille à la même heure que les jours précédents. Elle dure environ six heures ; elle est composée de trois stades très-nets. Comme on a pris soin de m'appeler à dix heures du matin, l'enfant est au début de l'accès et je puis en suivre les différentes phases.

Le premier stade est marqué par de l'agitation, de l'inquiétude, des bâillements, l'enfant par ses gestes et par ses cris exprime le désir d'être couché. Puis il est pris de convulsions qui durent quelques minutes. La peau est pâle, le nez allongé, le pourtour des yeux et les lèvres prennent une teinte cyanique, les extrémités sont froides. L'altération des traits est profonde et elle est si rapide que les gens qui entourent le petit malade en reçoivent l'impression d'une maladie très-grave et en conçoivent de l'inquiétude. On n'observe point le phénomène de la chair de poule, mais le frisson est très-violent. Il dure une heure et demie. Le pouls est petit, fréquent et dur ; les mouvements respiratoires sont normaux. Il y a rétention de l'urine et des selles. Le frisson est suivi de chaleur et d'une sueur assez abondante

pour qu'il soit nécessaire de changer l'enfant deux ou trois fois de linge. Le ventre diminue, mais reste dur et douloureux ; on sent nettement la rate hypertrophiée dans l'hypochondre gauche.

Je prescris :

Sulfate de quinine. . . .	0,15 centigr.
Acide tartrique	0,05 centigr.

Je recommande de faire dissoudre dans une cuillerée de café bien sucré et de faire prendre le tout à l'enfant immédiatement après chaque accès.

Pendant deux jours la fièvre revient encore, mais le troisième jour de la médication, qui fut continuée pendant une semaine, la maladie cède définitivement.

Un peu avant moi, un de mes collègues de Tours avait eu aussi l'occasion de voir un enfant de 4 mois, chez lequel les accès bien que plus irréguliers avaient été tout aussi caractérisés. Le frisson avait été progressivement en rétrogradant, le premier jour il avait commencé à onze heures du matin, le second jour à dix heures, le troisième jour à neuf heures. — La fièvre disparut avec le traitement par le sulfate de quinine.

La mère de chacun de ces enfants n'avait jamais éprouvé de pareils accidents, aucune personne de ces deux familles n'avait eu semblable maladie ; mais au moment où ces enfants furent atteints, il existait en ville une véritable épidémie de fièvre intermittente.

Réflexions. — Je trouve ces deux observations intéressantes principalement la première, à cause de la régularité des accès quotidiens et de la netteté du stade de froid. — Ces deux faits, d'après Bouchut, sont extrêmement rares chez les enfants de cet âge.

Chez les enfants très-jeunes, Grisolle croit que le diagnostic peut offrir quelque incertitude, car les accès paraissent être ordinairement incomplets.

M. le Dr Smith, de Moscou, dans un travail très-bien fait et très-complet, intitulé : « De la fièvre intermittente chez les enfants et ses diverses formes » (*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, mai juin 1874), dit que la fièvre intermittente, loin d'être rare chez les enfants, comme on l'a écrit, est parmi eux plus fréquente peut-être que chez les adultes, seulement le diagnostic en est fort difficile. « Il n'est point chez eux, de

maladie grave qu'elle ne puisse simuler. » Chez les tout jeunes enfants (au-dessous de 2 ans), le stade de frisson, si par hasard il existe, présente si peu de mouvements qu'il passe ordinairement inaperçu à l'attention des mères, et il est rare que ces dernières puissent en donner quelques notions au médecin.

Pendant notre internat à la Maternité de Paris, dans le service de M. le Dr Hervieux, nous n'avons jamais rencontré de fièvre intermittente chez des enfants avec des symptômes aussi précis que dans les deux cas que nous publions.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Kyste multiloculaire du ligament large droit. — Gastrotomie. — Mort.
Par M. Gilette. (*Suite.*) (1).

L'ovaire du côté gauche est converti en une tumeur globuleuse kystique du volume d'une mandarine complètement adhérente (et ici les adhérences sont manifestement anciennes) aux parois du petit bassin, ce kyste (évidemment dermoïde) est formé par de la matière mélicérique remplie de poils enchevêtrés les uns dans les autres et offrant la même coloration rousse que ceux de l'opérée. C'était cette masse que venait de repousser le cul-de-sac postérieur du vagin et que nous avions constatée par le toucher.

Du côté de la phlébite qu'a présentée la malade, c'est-à-dire à gauche, les veines iliaques externe et primitive sont revenues sur elles-mêmes; leurs parois sont épaissies, leur calibre notablement diminué, mais elles sont perméables dans toute leur étendue. Rien du côté des veines iliaques droites.

Le foie est un peu roux, son volume est à peu de chose près normal, mais à la coupe, il offre une disposition grenue qui est *l'indice manifeste d'une cirrhose commençante* : sa consistance du reste est plus grande.

La rate est augmentée de volume et sclérosée.

---

(1) Voir le numéro de juillet, p. 63.

Les reins ont leur volume normal, mais la substance corticale un peu pâle est notablement diminuée d'épaisseur ; nous trouvons là, comme pour le foie, une sclérose caractérisée par cette atrophie de la substance corticale et par son adhérence à la capsule, qui en entraîne une partie quand on décortique le rein ; rien pour le cœur, quelques plaques athéromateuses sur l'aorte, les poumons sont assez fortement œdématiés.

Nous trouvons donc dans cette autopsie l'indice d'une déchéance déjà assez avancée d'un organisme épuisé par des maladies antérieures, et dès lors était bien moins apte à résister au traumatisme considérable nécessité par l'opération de l'ovariotomie.

Discussion.

M. Houel. M. Gillette m'a semblé admettre que la tumeur qu'il a enlevée avait comme origine l'organe de Rosenmuller. J'ai fait un travail sur les kystes formés aux dépens de cet organe, j'en ai vu un certain nombre et quelques-uns sont conservés dans le musée Dupuytren ; mais jamais je n'ai vu ces kystes devenir volumineux. La raison anatomique en est que ces kystes soulèvent de suite le péritoine, s'allongent et sont bientôt appendus à l'extrémité du ligament large. Je serai très-heureux que M. Gillette nous prouvât que ce kyste appartenait à l'organe de Rosenmuller ; on dit dans l'observation que l'ovaire du côté gauche était malade, mais on ne parle pas de l'ovaire du côté droit dont l'examen trancherait la question.

M. Terrier. Je partage l'opinion de M. Houel, et je trouve que M. Gillette nous a donné la description d'un kyste multiloculaire de l'ovaire. Peut-être aurait-on pu insister sur certains points. Avait-on bien affaire à une phlébite des membres inférieurs ; je crois à une thrombose. Ainsi que je l'ai dit ici, ces faits ne sont pas rares : j'en ai observé au moins trois exemples et cette complication a pour cause la gêne de la circulation veineuse.

J'ai exprimé, devant la Société, ma pensée au sujet de deux complications assez fréquentes, la thrombose et l'ascite, en disant que la thrombose résultait du volume de la tumeur, et l'ascite de sa nature. On observe dans les kystes volumineux de l'œdème du poumon, j'ai observé un cas de pneumonie conjointement avec MM. Verneuil et Duplay, j'ai vu un fait de phlegmatia alba dolens des deux côtés ; l'ovariotomie fut cependant pratiquée avec succès à une époque ultérieure.

Je demanderai à M. Gillette quelques renseignements au sujet de la rétraction des fils qui s'est produite chez sa malade comme chez une des miennes.

Enfin je rappelle que ce phénomène presque ultime d'un abaisse-

ment de température coïncidant avec une accélération du pouls se remarque assez habituellement.

M. Polaillon. J'étais présent à l'opération, je puis donc donner quelques renseignements. Je dirai d'abord qu'une fois la paroi abdominale incisée on a trouvé une gaîne celluleuse qui enveloppait la tumeur; à la partie inférieure se trouvait un corps charnu qui ressemblait à un pédicule et qu'un examen plus attentif, combiné au toucher vaginal, montra être l'utérus. La tumeur était donc adhérente au côté droit de l'utérus, mais l'ovaire du même côté en était tout à fait distinct : il n'y avait pas de pédicule, le kyste était libre et, une fois l'énucléation faite, l'opération était terminée.

C'est cette indépendance de la tumeur qui nous a fait croire que nous avions affaire à un kyste du ligament large.

M. Th. Anger. Je rappelle que, il y a trois ans, j'ai présenté un fait analogue ; il s'agissait d'un kyste du ligament large : on n'a pas enlevé une parcelle du péritoine et l'examen montra un kyste dermoïde.

M. Panas. Je reviens sur les réflexions faites par M. Houel. dont je partage l'avis, car je ne crois pas à un kyste du corps de Rosenmüller.

Voici, en effet, quelques-uns des caractères de ces kystes. Ils ne sont pas très-volumineux, car le plus gros, observé par M. Broca, avait le volume du poing. Ces kystes sont de plus uniloculaires. Enfin le liquide qu'ils contiennent est clair comme celui des kystes hydatiques, et comme eux ne renferme pas d'albumine. Enfin, ces kystes guérissent par la ponction et l'injection iodée ; j'ai présenté une relation de quelques-uns de ces faits à l'Académie de médecine. C'est en me guidant sur l'anatomie pathologique des kystes trouvés sur le cadavre que j'ai pu faire le diagnostic dans les cas que j'ai observés, et j'ai la conviction d'avoir eu affaire à des productions kystiques développées aux dépens du corps de Rosenmüller.

Dans le fait de M. Gillette je crois à un kyste de l'ovaire ; en admettant même qu'on ait retrouvé l'ovaire intact en apparence, je demanderai toujours si cet ovaire n'a pas subi une dégénérescence partielle.

Le cas cité par M. Anger de kyste dermoïde ne rentre pas dans la question ; on trouve en effet de ces kystes dermoïdes un peu partout.

M. Gillette. Je ferai remarquer que je me suis contenté d'analyser succinctement mon observation et que je me suis abstenu de toute réflexion.

Je répondrai à M. Houel que je ne donnais pas comme certain que le corps de Rosenmüller fut l'origine du kyste.

(*Séance du 4 avril* 1877. *Bull. Soc. chir.*)

Lithotritie chez une vieille femme, par le Dr Bax, de Corbie. — Madame C..., âgée de 65 ans, d'une bonne constitution, quoique très-maigre, ne se rappelle pas avoir jamais fait de maladie sérieuse.

En mai 1875, elle me fait appeler pour une douleur très-vive, siégeant dans la région rénale gauche avec irradiations vers le bas-ventre et la cuisse du même côté ; bref, il existe un ensemble de symptômes qui me font diagnostiquer une colique néphrétique. Cette douleur était entièrement passée au bout de deux jours. Etait-ce le point de départ des accidents qui survinrent quelques mois plus tard? Le fait est que, les douleurs étant passées, aucun calcul, malgré les plus minutieuses recherches, ne put être trouvé dans les urines, et d'un autre côté des phénomènes inflammatoires de la vessie ne débutèrent qu'un certain temps après la colique néphrétique dont j'avais été témoin.

En février 1876, je suis mandé de nouveau. Il existe une cystite des plus intenses depuis trois mois : les symptômes qui la caractérisent se sont développés peu à peu, mais n'ont pas tardé à devenir ce qu'ils sont aujourd'hui : ténesme vésical permanent, mictions répétées à tout moment, urines purulentes et glaireuses.

J'institue un traitement approprié; après avoir paru s'amender, tous ces symptômes reprennent plus d'intensité.

Fin avril, je propose le cathétérisme ; en voulant pratiquer celui-ci, je me trouve en présence d'un méat tellement étroit que je ne puis y introduire qu'une sonde cannelée de moyen volume. Le col franchi, je tombe sur un calcul.

Je pratique la dilatation du méat, par l'introduction de bougies de calibre de plus en plus volumineux; cette manœuvre répétée quotidiennement me permet au bout d'une quinzaine de jours de faire passer une sonde de gros volume. Avant de procéder à la lithotritie je veux essayer, par des injections vésicales fréquemment renouvelées, de rendre la vessie plus capable de conserver une certaine quantité de liquide ; et c'est ainsi que le réservoir urinaire, qui dès le principe pouvait à peine tolérer deux cuillerées à bouche d'eau, parvint à garder une quantité de liquide égale à celle que peut contenir une seringue à hydrocèle ordinaire.

Cette double ligne de conduite avait été adoptée par mon confrère le docteur Sorel, de Villers-Bretonneux, avec l'aide duquel je procédai au broiement, le 10 mai.

La pierre saisie entre les mors de l'instrument mesurait environ 6 centimètres.

Il fut fait six séances, à huit jours d'intervalle l'une de l'autre. Les fragments que l'on put recueillir, mis au fur et mesure de leur expulsion dans un verre à bordeaux, en remplirent environ les deux tiers de la hauteur.

Parmi ces fragments, trois qui s'étaient engagés dans l'urèthre, malgré l'énorme dilatation qu'avait acquis le méat, s'arrêtèrent à son niveau et durent être extraits avec une pince ; un d'entre eux, plus volumineux, nécessita même, pour être extrait, un léger débridement.

La vessie privée du calcul se rétablit très-promptement. Depuis dix mois la guérison s'est complètement maintenue.

(*Séance du 14 avril 1877. Bull. de la Soc. de chir.*)

M. Polaillon communique (*séance du 18 avril 1877*), une observation de :

Dystocie causée par une hydrocéphale.

Cette observation a été publiée dans le n° de juin des *Annales de Gynécologie*. Voyez page 453.

Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. — Phénomènes thoraciques. — Phlegmatia alba dolens des deux membres abdominaux. — Ovariotomie. — Ablation des deux ovaires. — Guérison, par MM. Verneuil et Terrier.

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous communiquer, au nom de M. le professeur Verneuil et en mon nom, une observation très-intéressante d'ovariotomie double suivie de guérison et du rétablissement de l'hémorrhagie menstruelle. Voici ce fait :

Madame D..., 36 ans, d'une bonne santé habituelle, mère de deux enfants, s'aperçut, en mai 1874, que son ventre présentait à gauche une tuméfaction appréciable ; au mois d'août suivant, la tumeur avait à peu près le volume d'une tête de fœtus à terme et ne paraissait pas mobile dans le ventre. Il y avait déjà un peu de malaise, des coliques et surtout une grande fatigue. La tumeur grossit rapidement et cela malgré l'usage répété des purgatifs drastiques, qui n'eurent d'autre effet que d'affaiblir la malade et de déterminer un amaigrissement rapide.

En février 1875, la tuméfaction du ventre était énorme, la faiblesse, l'inappétence et l'amaigrissement très-accusés ; enfin, la respiration était très-gênée. Une bronchite intense, qui survint vers cette époque, accrut considérablement la dyspnée, et madame D.., qui habitait Tarbes, se décida à venir se faire soigner à Paris.

Le 25 mars 1875, la malade consulta mon collègue et ami le

Dr Rigal, qui m'a communiqué les notes prises par lui à cette époque :

« L'abdomen est distendu au plus haut degré, on y perçoit une sensation de flot qui se transmet d'un flanc à l'autre; matité complète dans toute l'étendue de l'abdomen, excepté à l'épigastre et au niveau du rebord des côtes; la ligne de matité offrait une convexité supérieure. Vers la fosse iliaque et le flanc gauche, on sent une tumeur élastique assez résistante, de la grosseur des deux poings. L'utérus est sain; par le toucher vaginal, on ne constate la présence d'aucune tumeur dans le petit bassin.

« La dyspnée est considérable, la toux assez fréquente; à l'auscultation, on perçoit quelques râles muqueux et sibilants disséminés dans les deux bases. De plus, sous la clavicule droite et dans la fosse sus-épineuse du même côté, il existe un foyer de râles muqueux plus fins et plus abondants et, dans ces mêmes points, une légère submatité.

« L'état général est très-mauvais, l'amaigrissement et la faiblesse sont extrêmes; la malade peut à peine se retourner dans son lit. L'appétit est presque nul, les digestions sont laborieuses, la constipation est habituelle.

« L'encéphale, le foie, la rate et les reins ne paraissent être le siége d'aucun trouble.

« Le diagnostic porté fut: kystes multiples de l'ovaire gauche, dont un très-volumineux et un second peu développé; bronchite généralisée assez légère, mais bronchite localisée dans le sommet droit avec submatité symptomatique d'un état congestif du poumon; par suite, soupçon de tuberculose commençante. »

Le professeur Verneuil, appelé en consultation, le 30 mars, confirma le diagnostic; il fit à droite une ponction avec un gros trocart et ne put retirer qu'une cuillerée d'un liquide gélatineux.

Le 3 avril, sans cause appréciable, survint une pneumonie franche occupant le lobe moyen du poumon droit; cette affection après avoir présenté les signes classiques: frisson unique, expectoration sucre d'orge, râles crépitants, souffle tubaire, entra en résolution le 7e jour. En même temps que la pneumonie, disparurent les phénomènes de bronchite signalés précédemment, surtout dans le sommet du poumon droit.

A la suite de cette affection thoracique, la malade continua à s'affaiblir, il survint de l'œdème des jambes; enfin, l'abdomen offrait un énorme développement (115 centimètres de circonférence) et la respiration était fort gênée.

Ce fut alors que je vis madame D..., avec le Dr Rigal, et pour remédier au plus vite à l'état asphyxique, je crus qu'il était indiqué de tenter une nouvelle ponction du kyste, qui offrait une poche volu-

mineuse. A cet effet, je pensai à l'emploi d'un gros trocart et de l'aspirateur construit par M. Guéride.

Le professeur Verneuil partagea cette manière de voir et une seconde ponction fut faite le 11 mai, dans les conditions mentionnées plus haut ; on put retirer 18 litres d'un liquide brun clair, très-épais et filant. Cette ponction fut suivie de douleurs abdominales assez vives, sans vomissements; la faiblesse fut extrême pendant trois jours; toutefois, la respiration étant plus facile, la malade fut bientôt très-soulagée.

Cette amélioration persista jusqu'au 18 mai, l'alimentation était toujours difficile; de plus, le liquide du kyste se reproduisait; d'ailleurs, à la suite de cette deuxième ponction, le ventre n'était pas revenu à son état normal et il y restait encore une tumeur volumineuse, paraissant formée d'une foule de petites poches.

C'est dans cet état de faiblesse extrême que survint, le 18 mai, un œdème douloureux du membre inférieur droit, œdème dû manifestement à une thrombose de la veine fémorale. Celle-ci formait au pli de l'aine un cordon dur que l'on percevait très-facilement par le palper. Onctions avec un liniment belladoné et chloroformé, enveloppement du membre avec de l'ouate.

Huit jours après, le 26 mai, le membre inférieur gauche se prit à son tour et devint le siége d'une phlegmatia alba dolens ; seulement l'œdème et la douleur étaient moindres que du côté droit.

Pour combattre autant que possible cet état de cachexie et réveiller un peu les fonctions digestives, la malade fut transportée à la campagne, le 28 mai.

Pendant tout le mois de juin, les phénomènes dus à la thrombose des veines crurales allèrent en s'atténuant; les douleurs s'apaisèrent d'abord et cessèrent vers le 15 juin; l'œdème diminua peu à peu et à la fin de juin, il n'existait plus qu'à un faible degré, bien qu'il fût encore très-appréciable. Malgré cette amélioration du côté des membres inférieurs, l'état du ventre s'aggravait, et le 6 juillet, c'est-à-dire moins de deux mois après la seconde ponction, le volume du kyste était redevenu ce qu'il était jadis. La respiration entravée de nouveau était anxieuse; l'alimentation, toujours insuffisante, déterminait des douleurs d'estomac, des nausées, des vomissements. Il y eut même une crise douloureuse avec vomissements bilieux qui dura deux jours et fut améliorée par l'application d'un vésicatoire à l'épigastre.

« Enfin, dit le Dr Rigal, la malade pâle, décharnée, les yeux en-
« foncés dans les orbites, en proie à une dyspnée énorme, présentait
« presque tous les soirs un mouvement fébrile et ne paraissait avoir
« que quelques jours à vivre. »

C'est dans cet état grave et pour ne pas priver madame D.. de la

seule chance de salut qui lui restait qu'on se résolut à pratiquer l'ovariotomie,

Je fus chargé par M. le professeur Verneuil de préparer tout ce qu'il fallait pour faire l'opération; j'examinai la malade encore une fois pour m'assurer de la mobilité de l'utérus, dont le col était dirigé en arrière et à droite, le fond étant dévié à gauche.

Opération. — L'ovariotomie fut faite le 6 juillet 1875, par le professeur Verneuil, assisté de MM. les Drs S. Duplay, A. Thévenot, A. Rigal, F. Terrier et Belon.

Incision de la paroi abdominale sur la ligne blanche, partant de 2 centimètres au-dessous de l'ombilic et s'arrêtant à 5 centimètres au-dessus du pubis. Cette incision est faite couches par couches; des pinces hémostatiques sont placées sur les vaisseaux ouverts; enfin le péritoine est sectionné sur la sonde cannelée.

La paroi du kyste mise à nu est assez épaisse; on en fait la ponction avec un gros trocart, et en se servant de l'aspirateur de M. Guéride; on peut ainsi évacuer 16 litres d'un liquide trouble, visqueux, d'un liquide jaune verdâtre contenant des grumeaux d'un aspect purulent.

Le kyste presque vidé, on exerce quelques tractions, mais la masse poly-kystique située à gauche ne descend pas, vu ses adhérences avec le paroi abdominale antérieure.

Le kyste ponctionné est largement ouvert et par sa cavité on ponctionne les kystes voisins situés à sa gauche. Malgré l'aspiration, chacune de ces ponctions ne donne issue qu'à une très-petite quantité de liquide filant; l'un des coups de trocart permet d'évacuer une poche contenant à peu près 1/4 de litre d'un liquide épais et purulent.

De nouvelles tractions sont faites sur la tumeur, mais les parois cèdent et se déchirent sous les pinces à kystes; pour éviter tout écoulement de liquide dans le péritoine, on ouvre un peu plus le premier kyste ponctionné et on en évacue le liquide restant, soit environ 1/4 de litre.

Il est évident que toute la partie latérale gauche de la masse morbide est constituée par un gâteau de petits kystes et que cette partie est adhérente à la paroi antérieure de l'abdomen et peut-être aux viscères situés en haut dans l'hypochondre gauche.

Pour agir plus efficacement sur ces adhérences, on agrandit d'environ 6 centimètres l'incision faite sur la ligne blanche en contournant l'ombilic à gauche.

Les adhérences de la paroi sont détachées peu à peu à l'aide des doigts, elles donnent une petite quantité de sang; de nouvelles tractions sont faites, mais il existe en outre des adhérences en haut et à gauche qui retiennent la masse morbide. Celles-ci sont donc

déchirées à leur tour. Dans ces manœuvres, il se produit une rupture de quelques vésicules du gâteau kystique, et le liquide qu'elles contiennent, bien que vite épongé, s'écoule en partie dans la cavité du péritoine.

Enfin, on peut faire basculer la tumeur, en introduisant la main tout entière dans la cavité abdominale, et l'extraction du kyste s'effectue assez facilement; notons de suite que dans cette dernière manœuvre d'autres vésicules ont été crevées et qu'une partie de la paroi du kyste est restée adhérente à la paroi antéro-latérale gauche de l'abdomen. Deux broches et trois anses de fil de fer sont placés sur le pédicule du kyste, pédicule très-court, peu volumineux et très-rapproché de l'utérus, ce qui explique assez bien la déviation du col du côté droit, comme je l'avais constaté quelques jours avant l'opération.

Le kyste enlevé, on procède avec grand soin à la toilette du péritoine, qui partout contient une certaine quantité de sang. De plus, la portion du gâteau kystique restée adhérente en haut et à gauche est enlevée avec les doigts et par lambeaux.

Le second ovaire est recherché et, comme il offre à sa surface deux ou trois petits kystes, il est attiré au dehors, son pédicule est fixé par 2 broches disposées en croix et 2 anses de fil de fer; enfin cet ovaire est réséqué et nous verrons qu'il a été l'objet d'un examen très-intéressant.

La toilette du péritoine est refaite avec le plus grand soin, puis M. le professeur Verneuil me confie la suture de la plaie abdominale.

7 points de suture d'argent, comprenant toute l'épaisseur des parois abdominales, y compris le péritoine, furent successivement placés; un 8e fil placé au-dessus du pédicule ne comprenait que la peau.

Les deux pédicules furent fixés au bas de la plaie entre deux grandes épingles à tête de verre. — Linge glycériné, couche épaisse d'ouate, ceinture de flanelle.

L'opération a duré trois heures.

La malade, replacée dans son lit, se réveilla facilement; toutefois la faiblesse était extrême et il y eut quelques tendances syncopales. Au milieu du jour, sommeil calme de plusieurs heures. Coliques peu intenses, douleurs de reins, pas de vomissements jusqu'au soir; ceux-ci se produisirent la nuit. Cet état général inquiétant dura encore toute la journée du 7 juillet: un violent orage fatigua beaucoup la malade; cependant les vomissements cessèrent définitivement le soir.

A partir de ce moment, la faiblesse quoique grande, ne nous inquiéta plus et la malade ne fut plus tourmentée que par des sueurs

profuses. L'état du ventre était parfait, il n'y eut qu'un très-léger ballonnement.

Jusqu'au 10 juillet, le pouls oscilla entre 90 et 103, la température entre 37° 7 et 37° 1.

Dans la nuit du 10 au 11 juillet, soit 5 jours après l'opération des phénomènes fébriles survinrent et la température atteignit 38°2; il y avait un peu de suppuration au niveau du pédicule ; rien du côté du ventre, la malade put manger un peu.

Les jours suivants, apparut une petite complication dont nous avons déjà eu plusieurs exemples, c'est la formation d'un petit phelgmon sous-cutané au niveau d'un point de suture, d'où l'élévation de la température jusqu'à 39° et le pouls à 120 notés le 12 juillet.

Le fil qui a provoqué ce phlegmon est l'avant-dernier, en comptant de haut en bas, on le sectionne et on l'enlève le 13 juillet.

La réunion de la longue plaie des téguments qui était parfaite, se désunit au niveau du point enflammé et livra passage au pus résultant du phlegmon de la paroi abdominale ; bientôt une autre ouverture spontanée se fit du côté des téguments à l'endroit où se trouvait le point de suture qui avait suppuré.

Malgré cet accident, l'état général de la malade s'améliora très-vite et cependant le pouls restait fréquent (entre 96 et 116) et la température élevée (37° 7 à 38° 1).

Cet état se continua jusqu'au 20 juillet; à cette date la température monta un peu, par suite de la formation d'un abcès situé un peu en dehors de celui qui s'était primitivement développé (38° 2).

Mais cette très-légère élévation de températnre ne dura pas et les jours suivants le thermomètre oscillait entre 37° et 38°.

Les divers points de suture d'argent furent complètement enlevés le 19 juillet, soit le 13° jour après l'opération.

Deux broches tombèrent le 12° et le 13° jour, et le 13 juillet, c'est-à-dire au bout de 20 jours, il ne restait plus que le pédicule du kyste qui suppurait, ainsi qu'un petit foyer dû au décollement sous-cutané produit par le phlegmon de la paroi.

A cette époque madame D... était presque complètement remise, elle put se lever le 31° jour qui suivit l'ovariotomie. Elle retourna à Tarbes le 2 septembre suivant. A cette époque, la malade était encore faible, le double pédicule du kyste et de l'ovaire enlevé suppurait toujours, et malgré des cautérisations répétées, cette petite plaie resta fistuleuse pendant 7 mois consécutifs, elle ne fut cicatrisée définitivement qu'en avril 1876.

Examen de la tumeur enlevée et de l'ovaire droit. — La tumeur enlevée présentait tous les caractères anatomiques des kystes multiloculaires de l'ovaire : il y avait une poche volumineuse, celle qu'on avait ponctionnée tout d'abord et qui renfermait 16 litres de liquide

trouble et visqueux ; puis des multitudes de kystes à contenu gélatiniforme, formant un véritable gâteau du poids de 4 kilogr. 715 gr. En ajoutant à ces divers chiffres un 1/2 litre recueilli dans les ponctions des autres kystes et lors de l'ouverture définitive du grand kyste ponctionné primitivement, on arrive au poids de 21 kilogr. 215 gr. pour la masse totale de la tumeur.

Nous n'avons pas à insister ici sur la structure de ces kystes multiloculaires, elle a été parfaitement décrite par notre ami le D[r] Malassez et cet exposé a été déjà fait dans les *Bulletins de la Société* (1).

Quant à l'ovaire enlevé après la tumeur, il a été l'objet d'un examan micrographique très-complet fait par MM. Malassez et de Sinéty, examen qui a été déjà publié par mes collègues dans la *Gazette médicale* de l'an dernier (2).

Cet ovaire durci dans l'alcool paraissait normal; cependant sa surface offrait quelques saillies transparentes qu'on pouvait comparer à des follicules de de Graff plus ou moins développés. Toutefois à la coupe, on pouvait s'assurer que ces cavités se rencontraient aussi dans les parties profondes de l'organe.

Le stroma et l'épithelium de la surface de l'ovaire étaient normaux ; en quelques points autour des vaisseaux, on remarquait une certaine abondance de cellules rondes (cellules jaunes ou globules blancs?) et même des hémorrhagies interstitielles.

Les cavités kystiques sont les unes volumineuses et arrondies et ont jusqu'à 4 millimètres de diamètre; les autres sont petites, allongées et larges de 4 à 6 centièmes de millimètre; quelques-unes communiquent peut-être avec des espaces lymphatiques? Les parois des cavités kystiques ne sont pas toujours distinctes du stroma; lorsqu'elles en sont distinctes, elles sont très-riches en éléments de nouvelle formation.

Le revêtement épithélial des kystes est très-divers; il comprend des cellules cylindriques, des cellules à cils vibratils et des cellules caliciformes; ces dernières s'observaient sur des kystes irréguliers, intermédiaires entre les grandes cavités arrondies et les petites cavités tubiliformes. Sur certains points, le revêtement épithélial cylindrique était stratifié et formait des saillies dans les cavités kystiques.

Celles-ci contenaient des cellules altérées, d'origine épithéliale, et une substance transparente se coagulant par l'alcool; dans une cavité cette substance contenait des cellules étoilées et avait l'apparence du tissu muqueux.

---

(1) *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie*, nouvelle série, t, I, n° 1, p. 87, 1875.

(2) 20 mai 1876, n° 21, p. 245.

Nulle part, les auteurs n'ont pu observer quoi que ce soit qui rappelât un ovule; les cavités kystiques étudiées par eux n'étaient pas des follicules de de Graaf, vu leur siége, leur contenu et l'absence d'ovules dans leur intérieur.

En résumé, MM. de Sinéty et Malassez pensent qu'il s'agit d'un ovaire contenant des kystes en voie de formation, dont les cavités ne provenaient nullement des follicules de de Graff plus ou moins transformés.

Ajoutons que nulle part dans cet ovaire ils n'ont trouvé de follicules normaux à un état quelconque de développement, et que d'ailleurs, l'organe n'offrait ni cicatrices, ni corps jaune en voie de régression, fait absolument anormal pour une femme de cet âge et qui ne peut s'expliquer qu'en admettant une transformation complète de la structure de l'ovaire. D'ailleurs MM. de Sinéty et Malassez ne nient pas la possibilité de l'existence de kystes multiples provenant des follicules de de Graaf et ils en rapportent même un exemple : mais nous croyons que ceux-ci n'atteignent pas un volume considérable.

Revenons maintenant à notre opérée.

Madame D..., encore faible et ayant une certaine peine à marcher, vu l'existence de deux onyxis des gros orteils, retourna à Tarbes, le 2 septembre 1875. Depuis son état général n'a fait que s'améliorer, sauf l'appétit qui est devenu moins vif dans ces derniers temps.

Mais il est un phénomène très-curieux, sur lequel je désire attirer l'attention des membres de la Société, c'est la réapparition des menstrues qui d'abord irrégulières, troublées en quelque sorte par l'opération, se sont rétablies peu à peu et sont aujourd'hui très-régulières.

Madame D..., opérée le 6 juillet, ne perdit pas de sang jusqu'au 25 décembre de la même année ; à cette date, les règles furent très-abondantes pendant 4 jours et durèrent six jours.

En janvier 1876, l'époque menstruelle manqua et les règles ne revinrent que le 20 février. Cette fois, elles furent telles que la malade dut garder le repos à la chambre ; elles durèrent 10 jours et s'accompagnèrent de quelques coliques. Ici, se produisit encore un fait intéressant : pendant cette véritable hémorrhagie, la petite fistule du pédicule kystique donna issue à un écoulement sanguin assez abondant. Celui-ci paraissait venir d'un gros bourgeon charnu, comparé par madame D... à une framboise. Ajoutons que le même phénomène se reproduisit aux époques suivantes, au moins 3 fois, au dire de la malade.

Les menstrues ne reparurent qu'en avril; elles furent toujours abondantes de décembre 1873 en avril 1876 : madame D... eut donc ses règles tous les deux mois; puis elles disparurent pendant l'été de 1876. « Depuis cette époque, m'écrit madame D..., les règles sont

« revenues chaque mois, toujours avec un retard de 4 à 5 jours et « elles durent régulièrement 6 à 8 jours. » Notons que depuis quelques temps elles s'accompagnent de douleurs névralgiques dans le sein et le bras gauches.

Comme on le voit, cette observation tend à prouver que le phénomène de l'ovulation spontanée n'est pas absolument lié à l'apparition ou même à l'existence des menstrues ; que, chez une femme déjà réglée, l'ablation ou l'altération des deux ovaires n'implique pas fatalement l'absence de l'écoulement des règles. Cette remarque, fort intéressante, a déjà été faite à la *Société de biologie* (séance du 2 décembre 1876), par le Dr de Sinéty, et la pièce que j'ai récemment présentée à la Société de chirurgie vient encore à l'appui de cette manière de voir. Il s'agissait d'une femme, Reine D..., morte à Dunkerque, d'une pleurésie, et opérée par moi deux ans auparavant, d'un kyste de l'ovaire (1). A l'autopsie faite par le Dr Herbart (de Dunkerque), on vit que le second ovaire était absolument altéré et kystiqué, or, cette femme avait toujours eu ses règles depuis l'opération.

Madame D... vint à Paris, en mai 1876, soit près de dix mois après son opération; or, cette dame, notablement engraissée, ne présentait ni atrophie des seins, ni modification dans le timbre de la voix. En fait, elle *paraissait* beaucoup plus femme qu'avant d'être opérée.

En terminant, j'appelle encore l'attention des membres de la Société sur les lésions thoraciques : bronchite généralisée, congestion pulmonaire et enfin pneumonie, qui sont venues aggraver la situation de madame D..., alors que le volume du kysto gênait considérablement l'hématose. Enfin, comme je l'ai déjà dit, la ponction a été suivie de *phlegmatia alba dolens*, d'abord à droite, puis à gauche. C'est encore là un accident assez fréquent chez les femmes ayant des kystes de l'ovaire; il a été récemment mentionné par M. Gillette, et dans une observation que j'ai communiquée à la Société à la séance du 5 juillet 1876 (2).

J'ai observé successivement chez une malade une pneumonie et une phlegmatia alba dolens.

Tels sont, Messieurs, les divers points saillants de cette observation, peut-être un peu longue, mais qui, je le crois, méritait d'être publiée.

---

(1) L'observation a été publiée dans les *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie*, nouvelle série, t. II, p. 551, 1886.

(2) *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie*, t. II, p. 554, 1876.

Discussion.

M. Duplay. Je désire seulement attirer l'attention sur le manuel opératoire de l'ovariotomie.

Relativement à l'incision abdominale, je suis arrivé à une pratique opposée à celle de Spencor-Wells, qui a établi dans une statistique que plus l'incision est étroite, plus il y a de guérisons. Ces incisions étroites ont un autre inconvénient, c'est qu'on exerce des tractions sur le kyste, et que le contenu peut pénétrer dans le péritoine : c'est ce qui nous est arrivé dans ce cas.

Le deuxième point intéressant est relatif à la toilette du péritoine. Il n'est pas possible de pousser plus loin que nous l'avons fait le lavage et, si j'ose dire, le nettoyage de la cavité abdominale.

M. Gillette. L'observation de M. Terrier est intéressante à deux points de vue : le premier, sur lequel il n'a pas suffisamment insisté, est l'existence des adhérences à la paroi abdominale Je demanderai ce que sont devenues ces poches kystiques adhérentes à la paroi ? Je dirai, en second lieu, que je ne crois pas possible d'enlever tout le liquide, car la sérosité se reproduit à mesure qu'on l'enlève.

M. Terrier. Je n'ai laissé aucune portion de kyste sur la paroi de l'abdomen ; l'ablation en a été faite avec les ongles et par arrachement.

M. Houel. J'ai toujours vu pour ma part Spencer Wells, Nélaton enlever avec le plus grand soin tout le liquide épanché : c'est ainsi que je me suis comporté dans les deux cas qui me sont personnels.

M. Gillette. Je ne dis pas qu'il faille abandonner le temps de la toilette ; je dis qu'en y insistant trop on froisse les organes. Quant à Spencer Wells, il fait très-rapidement la suture et s'inquiète peu de laisser un peu de liquide.

M. Terrier. Lorsque j'ai rédigé cette observation, j'avais surtout pour but de signaler l'examen anatomique du deuxième ovaire, et de montrer que, comme dans les faits de Goodman et de M. de Sinéty, cette malade, privée de ses deux ovaires, avait eu ses règles.

Je ne puis qu'approuver ce qu'a dit M. Duplay, au sujet de la toilette; je suis d'avis de la poursuivre autant que possible. M. Gillette m'a cité Spencer Wells : il est certain que les chirurgiens anglais semblent faire ces opérations bien plus rapidement que nous et craindre moins l'épanchement sanguin. Il faut peut-être établir une distinction entre la présence d'un épanchement sanguin et celle de liquide ou de parois de kystes ; nous avons peut-être trop peur d'un léger épanchement hématique.

Tout en insistant sur la toilette, je n'ai pas voulu dire qu'il fallût tenir à enlever la moindre goutte de liquide : dans le cas d'ascite,

par exemple, on est obligé de laisser la sérosité qui se reproduit à mesure qu'on l'enlève. Une des causes les plus communes d'épanchement, c'est le sang qui coule par les points de suture de la paroi abdominale et qui, si l'on n'y prend garde, peut s'accumuler dans le péritoine. (*Séance du 2 mai. Bull. Soc. chir.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Lehrbuch der Geburtshülfe für Aerzte u. Studirente. (Traité d'accouchements à l'usage des médecins et des étudiants), par Otto Spiegelberg, Professeur et Directeur de la clinique et de la policlinique à l'Université de Breslau, rédacteur des Archives de Gynécologie. — Lahr, Verlag von Moritz Schauenburg, 1877, première moitié de 404 pages gr. in-8. avec 76 gravures sur bois et lithographies.

L'auteur de ce nouveau Traité d'accouchements à l'usage des médecins et des étudiants est trop connu du monde scientifique pour qu'il soit nécessaire de parler longuement de lui ; cependant avant de faire connaître aux médecins français le volume récemment publié, il m'a paru utile de rappeler en quelques traits le passé de l'écrivain. C'est, à mon jugement, la meilleure des préfaces.

M. le professeur Otto Spiegelberg est un élève d'Ed. von Siebold. D'abord *privat-docent* à l'Université de Gœttingue, nous le voyons publier le compte-rendu du Congrès tenu en 1853 dans cette ville, puis désireux d'accroître la somme de ses connaissances visiter Londres, Edimbourg et Dublin, et donner de son voyage une relation extrêmement remarquable au point de vue de la gynécologie. Après avoir été professeur d'accouchements à Fribourg en Brisgau et à Kœnigsberg, ses succès dans l'enseignement et dans la pratique le font appeler à l'Université de Breslau, où depuis près de douze ans il est à la tête de la clinique et de la policlinique gynécologique.

Pendant sa carrière professorale, il a publié de nombreux travaux et touché à tous les points de la pratique obstétricale, témoin les divers mémoires insérés dans le *Monatsschrift für Geburtskunde* et les *Archiv. für Gynækologie*, recueil trimestriel qu'il a fondé en 1870 avec le professeur Crede de Leipzig. De ces mémoires les uns sont purement physcologiques, comme l'étude des follicules de de Graaf et des corps jaunes, les recherches expérimentales sur les centres nerveux et les contractions de l'utérus, la manière d'être du col utérin

pendant la grossesse, etc., etc., alors que les autres, plus nombreux, soulèvent les questions les plus épineuses comme l'éclampsie ou ont trait aux questions controversées comme l'accouchement provoqué, l'étroitesse du bassin, etc., etc. J'en passe et des meilleurs.

Ainsi préparé par la nature de ses études et l'étendue de son expérience, M. Otto Spiegelberg se trouvait dans les meilleures conditions pour entreprendre la publication d'un Traité d'accouchements et il y était d'autant plus sollicité qu'il y a dix-huit ans il avait abordé avec succès une semblable tâche. L'œuvre que nous annonçons n'en est pas cependant une seconde édition : si le cadre et le titre sont les mêmes, si les divisions et subdivisions s'y trouvent conservées, les développements y sont tout autrement considérables. Qu'on en juge par ce simple détail : la première moitié contient à elle seule plus de pages que le traité publié en 1858 ; quant à la seconde moitié qui sera mise en vente au mois d'août prochain et complètera l'ouvrage, elle comptera un nombre de pages au moins égal à la première.

On me dispensera de donner la distribution des chapitres pour deux raisons : la première, c'est qu'une semblable analyse serait insipide, la seconde, c'est qu'en se plaçant à ce point de vue, tous les traités d'accouchements se ressemblent. Vu l'identité du cadre, les mêmes divisions s'y retrouvent et s'y succèdent dans un ordre à peu près invariable. Evidemment il ne faut point chercher là la nouveauté et l'intérêt, mais il importe davantage de connaître les tendances de l'œuvre, la direction dans laquelle elle a été conçue et l'esprit dans lequel elle a été rédigée. En d'autres termes, au milieu d'un exposé traitant des mêmes matières, il convient de rechercher ce par quoi il se caractérise, ce par quoi il est empreint de la personnalité de l'auteur. Tous les professeurs d'accouchements sont aptes à écrire un traité, mais bien peu sont aptes à lui imprimer un véritable cachet d'originalité.

Lors de l'analyse de la seconde partie, nous discuterons avec détails si le traité de Spiegelberg possède cette rare qualité ; pour le moment nous nous bornerons à affirmer qu'il se distingue des ouvrages précédemment publiés par la clarté de l'exposition. La phrase généralement courte est exceptionnellement obscure, et même alors elle ne ressemble en rien à certaines phrases qu'on regrette de retrouver dans les travaux si remarquables du reste de Schatz.

Une autre qualité dont il lui faut savoir également gré, c'est le dédain qu'il professe à l'égard des idées hypothétiques qui encombrent la science. Avec juste raison, suivant moi, l'auteur les a mises en quarantaine et n'a donné droit de bourgeoisie qu'à celles en petit nombre qui ont fait leurs preuves. Fidèle à la direction qu'il a voulu imprimer à l'œuvre tout entière, il ne s'attardera pas à l'exposé et à

la discussion des systèmes, mais par contre il apportera tous ses soins à faire ressortir les moindres détails qui ont une valeur pratique. Si la nature de l'ouvrage lui interdit le narré des observations du moins il s'en inspirera, comme cela ressort de plusieurs chapitres et notamment de celui relatif au *placenta prævia*. Le théoricien s'efface à dessein pour montrer l'accoucheur rompu à toutes les difficultés de la clinique.

Cette qualité ne dégénère pas cependant en défaut et la partie théorique sans être exubérante est suffisamment exposée. Du reste chaque chapitre est terminé par un index bibliographique qui, soigneusement fait pour la littérature allemande, est moins complet en ce qui concerne les autres littératures. La France notamment n'y est représentée que par quelques monographies, et l'école de Paris y figure à de rares intervalles. Evidemment il y a à cet endroit de nombreux oublis auxquels il serait facile de remédier, notamment par la lecture du *Virchow's et Jahresbericht*, bien que ce recueil soit loin d'être impartial en ce qui concerne les travaux de nos nationaux.

En attendant de compléter notre examen, lors que l'ouvrage entier aura paru, nous nous bornerons à ajouter qu'il se lit avec plaisir à raison de la netteté de l'impression typographique. Les fautes d'impression y sont rares et celles qui ne figurent pas dans l'errata sont faciles à corriger. Les figures intercalées dans le texte sont généralement remarquables ; les unes sont originales, les autres empruntées aux mémoires originaux. Au lieu d'être fantaisistes, comme elles sont trop souvent en pareille matière, elles sont le plus possible prises d'après nature et choisies avec le plus grand soin. Quatorze sont consacrées au bassin et aux organes génitaux, huit aux changements amenés par la grossesse, parmi lesquels nous signalerons une chromo-lithographie reproduisant les modifications de l'ovule et du sein, vingt et un ont trait à l'œuf et à son développement et les autres concernent l'accouchement et les maladies.

En somme, l'ouvrage de M. Spiegelberg est excellent, car il se recommande par la clarté de l'exposition, l'absence d'hypothèses et l'esprit pratique qui y domine. Je le crois appelé à un succès de librairie, car je ne doute pas que la seconde partie n'ait toutes les qualités de la première. Au reste, les lecteurs des *Annales* en auront les prémices, car dès l'apparition de celle-ci j'en donnerai une analyse détaillée.

Dr Albert Puech,
Médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Nîmes.

REVUE DES JOURNAUX.

Hypertrophie extraordinaire des mamelles chez une fille de 16 ans. — Résolution spontanée après plusieurs grossesses, par MM. les docteurs Benoit et Monteils.

Les cas de développement extraordinaire des mamelles sans dégénérescence maligne ne sont pas rares. M. le docteur E. Labarraque en a réuni 83 cas dans une monographie publiée en 1875; mais la science possède fort peu d'exemples dans lesquels cette hypertrophie se soit terminée par la guérison sous la seule influence du mariage et de la grossesse.

La malade qui fait le sujet de cette observation avait déjà été soumise à l'examen de M. le professeur Benoit en 1861. Elle avait alors 16 ans. L'hypertrophie qui avait débuté brusquement et sans cause connue dix-huit mois auparavant atteignait des proportions extraordinaires. La circonférence du sein droit mesurait 94 centimètres, celle du sein gauche 1 mètre 05. Le pédicule du premier était de 67 centimètres et celui du second de 69 centimètres en circonférence. Ces tumeurs dépassaient inférieurement le niveau de l'ombilic à droite de 8 centimètres, à gauche de 13. Les mamelons étaient à l'état de vertige et placés latéralement; les sacs cutanés qui logeaient les tumeurs s'étaient surtout formés aux dépens des parties postérieures et internes.

MM. les professeurs Benoit, Moutet et Bouisson qui étudièrent cette anomalie à cette époque conseillèrent l'ablation partielle et successive de ces tumeurs, mais sur le refus de la patiente aucune opération ne put être tentée. Mais le fait le plus digne de remarque dans cette observation est le suivant : Après avoir refusé l'opération, la malade retourna dans son pays où son état resta stationnaire jusqu'au mois de juin 1869, époque à laquelle elle se maria.

C'est à partir de ce moment que les mamelles ont commencé à diminuer de volume et aujourd'hui, après trois grossesses successives, ces organes ont perdu leur apparence difforme et peuvent être facilement contenus dans un corset.

Cette observation est en contradiction avec les faits enregistrés jusqu'à ce jour dans la science. Tous les gynécologistes admettent, en effet, que la grossesse constitue un véritable danger pour les femmes atteintes d'hypertrophie générale des mamelles et que, loin de provoquer vers l'utérus une déviation salutaire la grossesse produit au contraire un afflux plus considérable vers les glandes mammaires et par suite un accroissement de volume plus rapide.

L'observation de M. Monteils prouve que cette loi n'est pas absolue et qu'il ne faut pas trop se hâter de faire intervenir la chirurgie dans le traitement de l'hypertrophie mammaire puisque cette affection peut se terminer spontanément par la résolution. (*Montpellier médical*, juin 1877).

D[r] LUTAUD.

Tumeur fibreuse sous-péritonéale de l'utérus ablation par une incision pratiquée dans la paroi postérieure du vagin, par le docteur S. SUTTON. — L'auteur rapporte brièvement l'histoire de quatre malades chez lesquelles des tumeurs ovariennes ont été enlevées par ce procédé. Ces quatre observations ont été publiées par Gaillard Thomas, Davis, Gilmore et Robert Battey.

La malade de M. Sutton était une femme de couleur âgée de cinquante ans qui présentait une tumeur fibreuse volumineuse occupant la moitié droite de la cavité pelvienne et repoussant l'utérus à gauche.

L'opération fut pratiquée le 25 juin 1876. Après avoir éthérisé la malade, le chirurgien pratiqua une longue incision sur la paroi postérieure du vagin s'étendant aussi loin que possible vers l'utérus et vers le rectum. Une seconde incision fut ensuite pratiquée avec un bistouri boutonné sur le péritoine qui avait été mis à découvert par la première incision. Le doigt put alors être en contact direct avec la tumeur. Les premiers efforts d'énucléation n'ayant pas donné de résultats; le chirurgien introduit la main tout entière dans la cavité pelvienne après l'avoir trempée dans une forte solution d'acide phénique. La tumeur adhérait à la paroi postérieure de l'utérus par un large pédicule et il était impossible de la détacher sans instruments. En retirant la main, le chirurgien entraîna à la vulve une portion de l'intestin grêle qui fut replacée avec quelques difficultés. La tumeur put enfin être détachée après avoir pratiqué quelques incisions sur le pédicule et elle fut amenée dans le vagin à l'aide d'un forceps. Elle franchit la vulve avec difficultés toujours à l'aide du forceps et en prenant les plus grandes précautions pour éviter la déchirure du périnée. Deux ligatures furent ensuite placées sur le pédicule qui était le siége d'une hémorrhagie notable, la cavité pelvienne fut épongée et l'intestin grêle qui avait été en partie entraîné par l'expulsion de la tumeur fut contenu. L'opération avait duré près de cinquante minutes.

La malade eut une péritonite générale et succomba quatre jours plus tard le 27 juin. A l'autopsie on trouva une petite perforation de

l'intestin grêle qui résultait sans doute des manœuvres qu'avait nécessitées l'extraction de cette énorme tumeur. (*Chicago medical and surgical journal and examiner*, décembre 1876.)

Dr LUTAUD.

VARIÉTÉS

Sociétés de Gynécologie de l'Angleterre.

Nous avons reçu la lettre suivante que nous nous faisons un vrai plaisir de publier :

Monsieur et très-honoré confrère,

Je lis dans l'excellente revue des *Transactions of the american gynecologicus society*, écrite dans les *Annales de gynécologie* (juillet 1877), par le Dr Lutaud que « l'Angleterre possède deux sociétés de gynéco logie, celle de Londres et celle d'Edimbourg. »

M. le Dr Lutaud en oublie une, la plus ancienne, celle de Dublin qui existe depuis 1838. La société d'Edimbourg a été fondée en 1840 et celle de Londres n'existe que depuis 1858.

Veuillez agréer, etc.

Londres, 6 août 1877.

FAUCOURT BARNES.

L'ovariotomie pratiquée sur les femmes enceintes.

Nous croyons intéressant de reproduire la lettre suivante, publiée dans la *Gazette médicale de Paris*, par M. le docteur de VALCOURT (de Cannes).

Londres, 10 juillet 1877.

Monsieur le rédacteur,

J'ai assisté, mercredi dernier, à la séance de la Société Obstétricale de Londres, et entendu une communication de M, Spencer Wells, si remarquable que je m'empresse de vous en rendre compte

Il s'agit de l'opération de l'ovariotomie pratiquée sur des femmes enceintes. Le célèbre chirurgien anglais, comme on peut le lire dans le tableau ci-joint, a eu, sur neuf cas, huit succès ; sept fois l'accouchement est arrivé à terme ou à peu près, sans accident ; enfin quatre de ces femmes ont eu un ou plusieurs enfants depuis lors.

La plupart des spécialistes anglais assistaient à la séance, et parmi ceux qui ont pris part à la discussion qui a suivi l'exposé des faits, citons MM. Playfair, West, Lawson Tait, Heywood Smith, Savage, etc. Les uns ont rapporté des cas de ponctions faites chez des femmes enceintes affectées des kystes ovariques, ponctions ayant eu besoin d'être répétées et ayant amené un changement dans la nature du liquide, puis, ou des accidents immédiats, ou l'impossibilité de pouvoir espérer un succès par l'opération ; les autres ont vu des cas malheureux d'ovariotomie chez des femmes relevant de couches. Bref, il semble résulter de l'expérience acquise la conclusion très-intéressante que l'ovariotomie n'est pas plus à redouter pendant la grossesse que pendant l'état de vacuité, et que l'opération est très dangereuse pendant les mois qui suivent l'accouchement.

Si une femme enceinte porte un kyste de l'ovaire peu volumineux et stationnaire, on peut donc conseiller l'expectation ; si, au contraire, le kyste est trop considérable pour laisser place au développement du fœtus dans l'abdomen, ou s'il a une tendance à s'accroître, il faut pratiquer l'ovariotomie (1).

A l'appui de cette conclusion, voir le tableau statistique.

---

(1) Nous savons que parmi les nombreuses gastrotomies qu'il a pratiquées depuis une quinzaine d'années, M. Péan a eu plusieurs fois l'occasion d'enlever l'ovaire ou des tumeurs fibreuses de l'utérus chez des femmes enceintes qui auraient certainement succombé avant l'époque de leur accouchement, si elles n'avaient pas été opérées, et que toutes ont parfaitement guéri. (Voy. *Cliniques de l'hôpital Saint-Louis*, t. I, et II, libraire G. Baillière.) (Note de la Rédaction de la *Gazette médicale*.

CAS D'OVARIOTOMIE PENDANT LA GROSSESSE.

NUMÉROS.	MÉDECINS HABITUELS.	AGE de la malade.	ÉPOQUE de la grossesse.	DATE de l'ovariotomie.	POIDS de la tumeur	RÉSULTAT pour la mère.	RÉSULTAT pour l'enfant.	OBSERVATIONS subséquentes.
1	M. Cook, Clovelly......	24	4e ou 5e mois.	Août 1865.	14 kil.	Guérison.	Expulsion immédiate du fœtus.	Bien portante en 1876.
2	M. Bateman, Islington..	36	3e mois.	Août 1869.	19 kil.	Idem.	Vivant ; accouchement naturel, février 1871.	Morte de cancer de l'utérus, mars 1871.
3	Lr Goddard, Pentonville.	28	3e mois.	Déc. 1870.	8 kil.	Idem.	Vivant ; accouchement naturel, juillet 1871.	Autres enfants nés en mai 1873 et août 1876.
4	Dr Ross, Bloombury.....	38	3e mois.	Mai 1871.	17 kil.	Idem.	Vivant ; accouchement naturel, décembre 1871.	Un autre enfant né le 7 janvier 1877.
5	Dr Moore, Ipswich......	29	4e mois.	Mars 1872.	5 kil.	Idem.	Vivant ; accouchement naturel, mai 1872.	Autre enfant né en mai 1873. Bien portant en juin 1877.
6	M. Coleman, Woolwich.	32	7e mois.	Août 1872.	13 kil.	Idem.	Enfant de 7 mois, né le lendemain de l'opération.	Autres enfants, décembre 1873 et mars 1876. Autre attendu en juillet 1877.
7	Dr Kidd, Dublin........	38	6e mois.	Mars 1876.	20 kil.	Mort le 7e jour.	Fœtus expulsé 6 h. après l'opération.	
8	Dr Roberts, Cheshunt...	41	4e mois.	Oct. 1876.	3 kil. 500	Guérison.	Enfant né en avril 1877 ; travail naturel.	Bien, juin 1877.
9	Chirurgien-major Perry..	27	7e mois.	Déc. 1876.	6 kil.	Idem.	Enfant né 25 jours après.	Bien, mai 1877. Menstruation régulière

Chloral dans l'accouchement. — Le docteur George F. Francis rapporte, dans le *Boston medical and surgical journal* du 22 juin 1877, qu'il emploie le chloral comme agent anesthésique dans la première partie du travail de l'accouchement et qu'il administre, de préférence, le médicament par le rectum, à cause de son goût désagréable et de la difficulté que présente l'estomac à le tolérer. Quarante grains (environ 2 gr. 60) en solution dans une once d'eau, injectés dans le rectum, sont facilement tolérés. Les femmes acceptent par la bouche, avec une certaine défiance, toute espèce de médicament, surtout au début du travail, dans la crainte de nuire à l'enfant, tandis qu'elles prennent sans résistance un lavement, quand on leur annonce qu'il a pour but d'assouplir et de ramollir les parties. Plusieurs fois après avoir fait ainsi usage du chloral en vue de diminuer les douleurs qui accompagnent la dilatation du col, dans les premières périodes du travail, chez des femmes très-nerveuses, l'auteur a été surpris de la rapidité avec laquelle se faisaient la dilatation du col et l'engagement de la tête. Aussi conseille-t-il de ne jamais s'éloigner une fois le chloral ainsi administré.

Présentation d'un bout de sein à la Société de chirurgie, le 1er août 1877. — M. le docteur Desprès présente à la Société, au nom du docteur Barbin de Montoir de Bretagne, un nouveau bout de sein construit sur ses indications par M. Mathieu, fils.



Ce petit appareil, composé d'une cupule en verre surmonté d'une tétine en caoutchouc, est de la plus grande simplicité, il permet aux femmes qui n'ont pas de bout de sein formé ainsi qu'à celles dont le mamelon est atteint de crevasses, gerçures ou ulcérations d'allaiter sans difficulté et sans souffrances.

La cupule en verre permet, en outre, de voir si l'enfant ne tire pas inutilement et si le lait passe librement (1).

Pus in ovarian fluids. (Pus dans le liquide des kystes de l'ovaire), par le docteur James R. Chadwick. — Le docteur Chadwick, rapporte

(1) Nous ferons remarquer que ce bout de sein ne diffère pas notablement de celui qui a été présenté récemment par M. Bailly et dont nous avons donné a description dans le numéro de juillet des *Annales de Gynécologie.*

que les kystes de l'ovaire sont susceptibles de contenir du pus sans que pour cela les symptômes habituels de l'inflammation : fièvre, frissons, perte des forces, amaigrissement, se soint manifestés.

La perforation du kyste est dans ces cas à *redouter* ; elle serait due à un travail d'*ulcération* de la paroi kystique.

Lors donc que la ponction vient à révéler l'existence du pus, il n'y a pas de temps à perdre et il faut éviter la perforation en pratiquant le plus tôt possible l'ablation de la tumeur.

A. L.

Congrès périodique des sciences médicales. — Nous avons annoncé dans le numéro de mai, p. 397 des *Annales de Gynécologie*, que le Congrès périodique international des sciences s'ouvrirait à Genève le dimanche 9 septembre.

Nous croyons être agréable à nos lecteurs en leur faisant connaître les renseignements qui peuvent leur être utiles.

Les membres du Congrès seront tenus de verser une somme de 20 francs, en l'échange de laquelle ils recevront un exemplaire du Compte rendu des travaux de la session. Cette somme sera versée par MM. les adhérents en même temps qu'ils enverront leur adhésion, par les participants au moment où ils enverront leur carte.

Les inscriptions et la distribution des cartes se feront le 8 septembre de midi à cinq heures, le 9 septembre de neuf heures du matin à midi, et les autres jours de huit heures à neuf heures du matin, dans les locaux du Congrès (Université).

Les membres qui désireront faire une communication sur un sujet étranger aux questions du programme devront en donner connaissance au comité quinze jours au moins avant l'ouverture du Congrès. Le comité décidera de l'opportunité des communications et de l'ordre suivant lequel elles seront faites. Le temps accordé à chaque orateur sera limité à un maximum de vingt minutes. Cette disposition n'est pas applicable aux rapporteurs, qui sont instamment priés de rester autant que possible dans ces limites.

Tous les travaux lus au Congrès, soit dans les sections, soit devant l'Assemblée générale seront déposés sur le bureau. Le comité d'organisation qui reprendra ses fonctions après la session pour procéder à la publication des actes du Congrès, décidera de l'insertion partielle ou totale ou de la non-insertion de chacun d'eux dans le compte rendu.

Bien que la langue française soit celle dans laquelle seront conduites les séances, les membres seront également admis à s'expri-

mer en d'autres langues. Dans ce cas, si le désir en est exprimé, le sens de leurs paroles sera traduit sommairement par l'un des membres présents à la réunion.

Les membres du Congrès sont priés de s'adresser, à leur arrivée à Genève, au bureau de renseignements installé à la gare, où ils trouveront tous les renseignements relatifs à l'organisation du Congrès, et spécialement à leur logement. Ceux d'entre eux qui voudront s'assurer d'avance un logement devront en informer avant le 1er septembre, M. le Secrétaire général. Ils indiqueront la classe d'hôtel où ils désireront descendre et la durée du séjour qu'ils se proposent d'y faire.

MM. les membres iront en personne retirer leur carte au secrétariat du Congrès (Université) et s'y faire inscrire dans la section ou les sections auxquelles ils désireront appartenir (art. 3 du règlement). Aucune inscription préalable n'est exigée. Néanmoins le comité prie MM. les membres qui se proposent d'assister à la réunion de vouloir bien autant que possible s'annoncer à l'avance.

Des démarches sont faites par le comité pour obtenir une réduction sur le prix du parcours sur les voies ferrées. Pour être admis au bénéfice de cette réduction. MM. les membres doivent être en possession de leur carte, qu'ils devront demander en envoyant le montant de leur cotisation et leur adresse, avant le 31 août, au secrétaire général, M. le professeur Prevost.

La séance d'ouverture aura lieu le dimanche 9 septembre à une heure, à l'Université dans l'Aula. Les travaux des sections se tiendront dans les bâtiments de l'Université. MM. les membres du Congrès trouveront dans les bâtiments universitaires une salle de lecture où ils pourront faire leur correspondance. Ils sont priés de se faire adresser leurs lettres à l'Université : *Congrès des sciences médicales*.

Le Congrès durera une semaine. Le banquet d'adieu aura lieu le samedi 15 septembre, à six heures du soir.

Société protectrice de l'enfance de Lyon. — La Société protectrice de l'Enfance de Lyon met au concours la question suivante: *Des vers intestinaux comme cause de maladies chez les enfants*. Etablir le cas où cette cause existe et où elle exerce une influence réelle sur la santé de l'enfant.

Insister sur le préjugé qui consiste à attribuer à cette cause la plupart des troubles et des accidents que l'on observe dans le premier et le deuxième âge.

- Chercher à détruire ce préjugé en se fondant sur des preuves accessibles à toutes les classes de la Société.

La Société protectrice de l'Enfance de Lyon décernera une Médaille d'or, dans la séance publique de janvier ou février 1878, au meilleur mémoire inédit qui lui sera envoyé sur ce sujet.

Les mémoires devront être adressés *franco*, avant le 1er décembre 1877, à M. le docteur FONTERET, secrétaire général, place des Célestins, 7.

Ils porteront en tête une épigraphe qui sera répétée sous un pli cacheté et renfermant le nom et l'adresse de l'auteur.

Conformément aux usages académiques, les mémoires envoyés ne seront pas rendus.

La Société se réserve, si elle le juge convenable, et avec l'assentiment de l'auteur, d'imprimer elle-même le mémoire couronné à ses frais.

DEUXIÈME QUESTION *mise au concours pour un prix à décerner en 1879. — De l'influence qu'ont exercée et que pourront exercer les sociétés protectrices de l'Enfance sur la mortalité des enfants, sur la législation et sur la famille.*

En raison de l'importance de cette question, un prix exceptionnel de 500 francs sera décerné par la Société, dans la séance publique de janvier ou février 1879, au meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur ce sujet.

Le délai pour l'envoi des mémoires à M. le Secrétaire général est prorogé jusqu'au 1er décembre 1878 exclusivement.

Erratum. — Nous ne relevons qu'une seule des nombreuses fautes d'impression que nos lecteurs ont eu à constater, dans les dernières pages de notre précédent article, c'est celle de la page 17, car elle constitue une véritable *coquille*, qui, grâce à une interversion de mots dénature complètement le sens d'une citation empruntée à M. Bouchardat. Le savant professeur a dit : « La rue et la sabine sont deux substances vénéreuses *qui intéressent plutôt aujourd'hui le médecin légiste que le thérapeutiste.* » T. G.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Accumulation de matières fécales simulant des tumeurs utéro-ovariennes. par le Dr GORREQUER GRIFFITH. *Edinburg medical journal*, may 1877, p. 991.

Mal de dents de la grossesse par le Dr LESSERT. *Bristish medical journal*, 12 mai 1877, p. 584.

Traitement des déchirures du col, par le Dr THOMAS ADDIS EMMET,

chirurgien de Women's hospital à New-York; (*The American Practitioner*, janvier 1877, p. 1.)

De la position genu-pectorale dans les présentations de l'épaule, par le Dr PARVIN; (*the American Practitioner*, janvier 1877, p. 26.)

Comment doit-on administrer l'opium dans le travail et comment il agit? par le Dr Z. COLLINS MAC ELROY; (*Virginia medical Monthly*, nov. 1876, p. 602.)

Polype utérin accompagné de complications anormales. (*Virginia medical monthly*, nov. 1876, p, 616.)

Quelques applications de la vasoline et de l'acide salicylique dans la pratique obstétricale, par le Dr HENRY A Dubois. (*The medical Record*, 31 mars 1877, p. 198.)

Trois cas d'imperforation de l'hymen, par le Dr SAMUEL R. BURROUGHS; (*the American Practitioner*, nov. 1876, p. 267.)

Ovariotomie pratiquée avec succès, par les Drs SMITH et BLOUNT; (*American practitioner*, nov. 1876, p. 284.)

Note sur un signe permettant de reconnaître une hémorrhagie des parois du vagin, par le Dr BUDIN. (*Progrès médical*, 12 mai 1877, p. 361).

De l'allaitement. Leçons de M. Archambault. (*Progrès médical*, nos 1, 5, 8, 11, 1877.

Cas de polype utérin, par FLEETWOOD CHURCHILL (*the Dublin journal*, juillet 1877, p. 74.)

Amputation de l'utérus dans un cas d'inversion chronique causée par une tumeur fibreuse, par ARTHUR V. MACAN (*the Dublin journal*, juillet 1877, p. 64).

Les Annales de Gynécologie ont reçu :

Les monstres doubles parasitaires hétérotypiens ou épigastriques et de la séparation des monstres doubles en général, par le Dr GROSS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. Nancy, Berger-Levrault, éditeur.

Pus in ovarian fluids, par le Dr James R. CHADWICK, (*Extrait de the medical and surgical Reports of the Boston city hospital, second series*, 1877.)

Appunti intorno ad un Viaggo ostetrico in Francia ed Inghilterra par MACARI FRANCESCO. Modèno, 1877.

Algumas considerações sobre a synthese de mechanismo do parto naturel applicação d'esta doctrina á apresentação pelvica. Mémoire présenté à l'Académie des Sciences de Lisbonne par le Dr THEOTONIO.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Septembre 1877.

TRAVAUX ORIGINAUX.

SUR CERTAINES MALFORMATIONS DE L'UTÉRUS
COMME CAUSE DE LA PRÉSENTATION DU TRONC ET DE L'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA.

Par M. Polaillon,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien-adjoint de la Maternité.

Ce travail a pour but d'appeler l'attention sur l'influence qu'exercent certaines formes de l'utérus double sur la présentation transversale du fœtus et sur l'insertion vicieuse du placenta. Wigand avait déjà signalé cette influence sur les présentations anormales; mais la relation qui existe entre le placenta *prævia* et un vice de conformation de l'organe gestateur était ignorée ou peu connue.

I. — *Observation* (1).

Présentation du tronc. — Insertion centrale du placenta. — Hémorrhagies. — Mort. — Utérus incomplètement cloisonné. — La nommée P..., âgée de 27 ans, est enceinte pour la première fois et paraît arrivée au terme de huit mois et demi. Il y a un mois, une hémorrhagie peu abondante se produisit sans cause connue, et s'arrêta d'elle-même. Quinze jours plus tard, apparition d'une deuxième hémorrhagie, plus abondante que la première. Le 24 février, une troisième hémorrhagie survint pendant le sommeil et dura plusieurs heures. Deux jours après, nouvelle hémorrhagie pendant la nuit. La malade dit avoir perdu une cuvette de sang et s'être évanouie pendant cette perte. Elle se décida alors à entrer à la Maternité, où elle arriva le 27 février à 9 heures et demie du matin.

Le ventre, au lieu d'avoir une forme ovoïde, à grand diamètre vertical ou un peu incliné de l'un ou de l'autre côté, était élargi transversalement. Le palper faisait reconnaître l'extrémité pelvienne du fœtus, dans le flanc gauche, et l'extrémité céphalique dans le flanc droit. Entre ces deux extrémités saillantes, il y avait une dépression au niveau de l'ombilic, dépression appréciable à la vue et au toucher. Il s'agissait d'une présentation céphalo-iliaque droite, dos en avant. Les bruits du cœur s'entendaient un peu au-dessous de l'ombilic. Le toucher vaginal donnait la sensation d'un col court, épais, entr'ouvert. Le doigt, engagé avec précaution dans l'orifice, arrivait sur une masse molle, charnue, épaisse, qui n'était autre chose que le placenta. On ne pouvait sentir avec le doigt aucune partie du fœtus. La patiente ne souffrait pas et ne perdait pas de sang. Mais elle était pâle et affaiblie. Je prescrivis le repos absolu et le tamponnement dès que l'hémorrhagie reparaîtrait.

A 6 heures 50 minutes du soir le sang se remit à couler en abondance. Madame Callé appliqua aussitôt un tampon très-complet, formé avec des boulettes de charpie. La nuit du 27 au 28 se passa sans accident. Les contractions utérines se développèrent. Le 28 février, à 8 heures du matin, les contractions revenaient toutes les dix minutes, et le tampon commençait à s'imbiber de sang. A 9 heures le tampon fut enlevé. L'orifice utérin avait la dimension d'une pièce de 5 francs et son pourtour était rigide. Les battements du cœur fœtal étaient ralentis. Il n'existait qu'un suintement sanguin insignifiant. A 10 heures 20 minutes, le suintement étant devenu un peu plus abon-

(1) Lue à la Société de chirurgie dans la séance du 7 mars 1877.

dant, j'introduis dans le vagin un ballon de caoutchouc que je distends avec 750 grammes d'eau froide. Sous l'influence du ballon, les contractions deviennent fréquentes et énergiques, sans écoulement extérieur de sang; mais en même temps que la patiente fait des efforts d'expulsion sa face pâlit et une syncope est imminente. Au bout de cinq minutes d'efforts elle expulse le ballon avec un caillot du poids de 515 gr.

Il est bon de noter que le ballon de caoutchouc, vanté dans des cas analogues par quelques médecins, n'a fait que masquer l'hémorrhagie qui se produisait derrière lui.

Cette nouvelle perte de sang me décide à terminer immédiatement l'accouchement. L'orifice n'ayant qu'une dilatation grande comme 5 francs, j'incise le col dans deux points et dans l'étendue de 1 centimètre et demi environ. Puis, sans retirer la main droite que j'avais introduite pour ce débridement, je traverse le col, je perfore le placenta et je vais saisir les pieds. A 10 heures 30 minutes le siége est dégagé. Les bras relevés sur le côté de la tête nécessitent une manœuvre qui dure cinq minutes. Enfin après quelques efforts exigés par la rétraction de l'orifice utérin autour du cou, la tête est extraite.

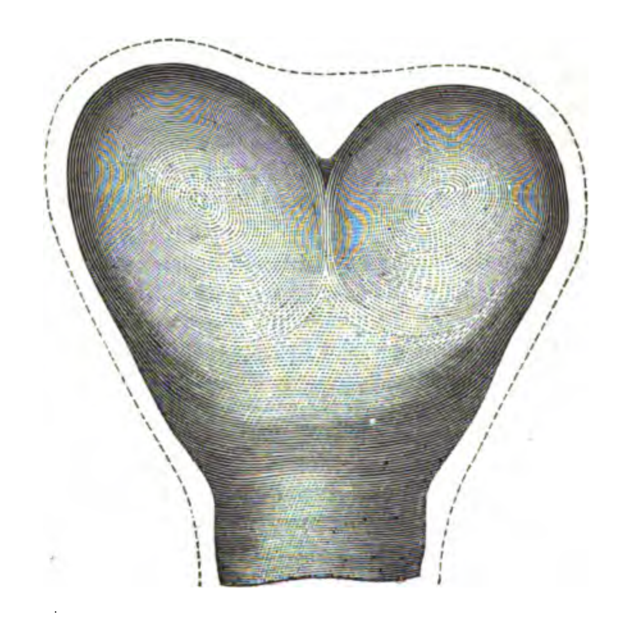
L'enfant, du sexe féminin, pesait 2,950 grammes. Elle ne présentait plus de battements cardiaques et tous les soins pour la ranimer furent sans succès.

Le cordon avait été détaché à son insertion placentaire pendant la perforation du placenta avec la main. La mère n'avait pas perdu de sang pendant la version. La moitié du placenta, environ, suivit la sortie de la tête. L'utérus se rétracta rapidement, et pour plus de sûreté on comprima exactement l'aorte depuis 10 heures 35 minutes jusqu'à 10 heures 50 minutes. Il n'y avait aucune perte de sang. On plaça la patiente dans une situation horizontale, la tête plus basse que les pieds, et tout mouvement lui fut interdit. Une cuillerée de rhum sucré alternant avec du bouillon froid lui fut ordonnée toutes les dix minutes. A 11 heures 28 minutes, un petit écoulement sanguin reparut, on retira le reste du placenta et l'hémorrhagie cessa. A 11 heures et demie je quittai l'opérée qui se trouvait, malgré sa grande faiblesse, dans un état assez satisfaisant et j'emportai la conviction que sa vie était sauvée.

Pendant mon absence, l'amélioration ne se soutint pas. Bientôt la faiblesse fit de nouveaux progrès, et à 1 heure 40 minutes, la malade succombait sans que l'hémorrhagie se fût reproduite et sans avoir fait le moindre mouvement depuis la délivrance. La transfusion était indiquée lorsque l'on vit survenir l'état syncopal qui a précédé sa mort. Mais je n'étais plus auprès de la malade, et j'ai le regret de n'avoir pas été prévenu pour tenter cette dernière ressource.

L'autopsie ne put être faite, mais on put enlever l'utérus et la partie supérieure du vagin.

En examinant l'utérus nous sommes frappé de lui trouver la forme d'un cœur de carte à jouer au lieu de la forme globuleuse qu'on rencontre habituellement après l'accouchement. L'examen de la face interne du col et du segment inférieur de l'utérus donne la preuve que l'insertion du placenta avait lieu sur l'orifice interne, *centre pour centre*. Nous constatons en même temps que les incisions du col siégent à droite et à gauche, qu'elles s'étendent jusqu'à l'insertion du vagin et qu'elles n'ont pas produit une déchirure du tissu utérin remontant plus haut. La cavité du corps ne présente pas de cloison médiane. Pour avoir la forme exacte de cette cavité, j'engageai M. Ribemont, interne de la Maternité, à en prendre le moule en y coulant du plâtre.



Ce moule présente, à sa partie supérieure, deux lobes latéraux séparés par une dépression, ce qui indique que la paroi supérieure de l'utérus portait sur la ligne médiane un éperon saillant en dedans et divisant le fond de la cavité utérine en deux excavations, l'une droite, l'autre gauche. Cet éperon est le vestige de la cloison qui constitue le vice de conformation connu sous le nom de *utérus cloisonné* ou *bipartitus*. Voici quelles sont les dimensions du moule, c'est-à-dire de la cavité utérine :

Entre l'orifice du col et la saillie de l'éperon.	20 centimètres.
Entre la partie médiane de l'orifice du col et le fond de l'excavation droite.	24 —
Entre le même point du col et le fond de l'excavation gauche..	23 c. 50
Largeur maximum au niveau du corps	20 c. 50
Largeur au niveau du col.	9 c. 50
Distance maximum entre la face antérieure et la face postérieure au niveau du corps. . .	13 centimètres.
Distance entre les faces antérieure et postérieure au niveau du col	6 c. 50
Hauteur du col	4 centimètres.

En coupant la paroi utérine au niveau de l'éperon, on constate qu'i existe là un épaississement considérable formé par une accumulation de fibres musculaires. De telle sorte que l'inspection de la face externe de l'utérus ne donne qu'une idée fort incomplète de la conformation de sa cavité.

L'insertion des trompes n'offre rien de particulier.

La tête du fœtus était située dans l'excavation droite; son siége dans l'excavation gauche. Son dos regardait en bas et en avant, et le contour du dos est marqué par une légère saillie sur la face antérieure du moule. La face postérieure de celui-ci est moins bombée que la face antérieure.

II. — *Influence de l'utérus incomplètement cloisonné sur la présentation du tronc.*

La forme de la cavité utérine, que je viens de décrire, s'éloigne notablement de la forme normale. La cavité de l'utérus normal affecte toujours, pendant la grossesse, la forme d'un ovoïde dont le grand diamètre est vertical et dont la grosse extrémité est dirigée en haut. Le fœtus, en se repliant sur lui-même, s'accommode à cette forme ovoïdale, et se place de manière que l'axe de son corps soit dirigé dans le même sens que le grand diamètre de la cavité qui le contient. Telle est l'explication de la grande fréquence des présentations de l'extrémité céphalique ou de l'extrémité pelvienne. Lorsque le fœtus à terme ne se présente pas par l'une de ses extrémités, mais par le tronc, on doit supposer que la forme de la cavité utérine est altérée, et que

le grand diamètre de cette cavité, au lieu d'être vertical, est transversal. Il est bien entendu que je fais abstraction ici de tous les cas dans lesquels le fœtus n'est pas à terme, ou dans lesquels il y a hydropisie de l'amnios, parce qu'alors le contenu est trop petit pour s'accommoder à la forme du contenant et que la présentation est l'effet du hasard.

Les causes qui produisent ces changements dans la forme de la cavité utérine sont des maladies (inflammation, néoplasie), des vices de conformation ou des tumeurs du voisinage. Je ne veux m'occuper pour le moment que des vices de conformation.

L'utérus et le vagin se développent aux dépens de la partie inférieure des trompes qui se juxtaposent, puis se soudent. Dans le principe, il existe donc deux vagins et deux utérus placés l'un à côté de l'autre. Plus tard la cloison séparative disparaît de bas en haut. Les deux cavités vaginales se confondent d'abord ; puis la cloison, continuant à disparaître de bas en haut, la cavité utérine devient aussi unique. Si cette évolution s'arrête, il en résultera un vice de conformation correspondant à l'époque de l'arrêt de développement. L'évolution s'arrête-t-elle au début, on aura deux vagins et deux utérus entièrement indépendants. Plusieurs faits de ce genre ont été publiés. Parmi les femmes qui portaient ce vice de conformation, quelques-unes ont eu des grossesses qui, dans un bon nombre de cas, ont marché heureusement et se sont terminées par une présentation du sommet. J'en ai observé moi-même deux exemples, l'un en octobre 1875 chez une jeune femme enceinte morte rapidement à la suite d'une hémoptysie (observation publiée dans les Annales de gynécologie, t. V, page 290, 1876, par M. Budin). Il y avait deux vagins et deux cavités utérines complètement séparées. La cavité droite contenait un fœtus à terme, et il est important de faire remarquer que le fœtus se présentait par le sommet en position O. I. G. A. Dans l'autre cas l'enfant se présentait aussi par le sommet en position occipito-sacrée. L'accouchement n'avançait pas, M. Porak, interne de la Maternité de Cochin, fit une application de forceps le 2 juin 1877. Pendant l'introduction des branches, il s'aperçut qu'il y avait deux vagins placés l'un à côté de l'autre. L'enfant mise au monde était une

fille du poids de 2500 grammes. Quatorze jours après l'accouchement, j'examinai attentivement cette femme, et je trouvai un vagin unique au-dessus de la vulve, mais plus haut une cloison médiane, verticale, longue de 3 à 4 centimètres, séparant deux cols utérins. Le col gauche était petit, régulier et dur, le col droit, gros, mou et irrégulier autour de l'orifice. Le produit de la conception s'était développé dans la cavité utérine droite.

Bien qu'un utérus complètement cloisonné soit plus large transversalement qu'un utérus ordinaire, chacune de ses deux cavités n'en a pas moins une forme allongée de haut en bas, et le grand axe du fœtus se place dans le même sens, c'est-à-dire de manière à présenter une de ses extrémités. Les observations montrent en effet que, dans ces cas, les enfants viennent ordinairement au monde par le sommet ou par le pelvis.

Mais si l'on suppose que l'arrêt de développement s'est produit lorsque la cloison a déjà en partie disparu, on aura un utérus analogue à celui que j'ai décrit, analogue à celui que M. Blot (1) a montré à la Société anatomique dans lesquels la cavité sera double vers le fond, simple vers le col. La partie su-

(1) « M. Blot montre l'utérus d'une femme qui a succombé à la Maternité, à une péritonite puerpérale. Cet utérus se présente avec un commencement de bifidité. De son fond, en effet, part une cloison de 18 lignes d'étendue, de 2 cent. d'épaisseur à sa partie supérieure et de 1 cent. à sa partie inférieure. Son bord est mousse et arrondi. Cette cloison divise l'utérus en deux parties, qu'on distinguait même à l'extérieur de l'organe. Celle du côté droit était plus considérable que celle du côté gauche. L'œuf se sera développé dans la première et aura ensuite contourné la cloison. » (*Bulletins de la Soc. anat.*, p. 129, 1848.) Ce fait rapproché du nôtre aurait présenté un vif intérêt, malheureusement nous ignorons quels ont été les phénomènes de l'accouchement, quelle a été la présentation et s'il y a eu hémorrhagie. En admettant que l'œuf s'est développé dans une des excavations pour contourner ensuite la cloison et venir occuper l'autre cavité, l'auteur semble indiquer qu'il y a eu une présentation du tronc. En effet, on comprend très-bien que le fœtus occupe d'abord l'excavation droite seule et que, en raison de l'accroissement de son corps, son extrémité pelvienne vienne peu à peu se loger dans l'excavation gauche en passant par-dessus l'éperon médian. La face antérieure du fœtus correspondrait alors à la cloison médiane, et son dos regarderait l'orifice du col. C'est ce qui était arrivé dans notre cas.

périeure, dans cette variété de l'utérus bipartitus, présentera donc une largeur insolite, puisqu'elle sera constituée par deux cavités utérines juxtaposées et en partie confondues ; tandis que la partie inférieure aura les dimensions normales. Il résulte de cette difformité que le diamètre transversal de la cavité est plus grand que le diamètre vertical, et que le fœtus en se développant dans un semblable espace se place transversalement de manière à présenter le tronc.

Si la femme P... avait survécu, il est fort probable qu'à toutes ses grossesses, elle aurait eu des présentations du tronc. Certaines observations dans lesquelles des femmes, bien conformées d'ailleurs, ont eu dans plusieurs accouchements successifs la même présentation de l'épaule, viennent confirmer l'opinion que nous avançons.—Géry a publié l'histoire d'une femme chez laquelle l'enfant s'est présenté par le bras dans neuf accouchements successifs (*Revue médicale*, t. IV, page 226 ; 1842). — Walter a assisté une femme dans cinq accouchements. Chaque fois le tronc se présenta. Le quatrième accouchement fut gémellaire. Les deux jumeaux présentèrent l'épaule (*Neue Zeitschrift für geb.* 1844). — Lecluyse a vu le même phénomène se produire trois fois chez la même femme. Avant la version, la matrice avait la forme d'une espèce d'ellipsoïde dont les extrémités du grand axe correspondaient respectivement au centre des flancs. Après l'accouchement, le globe utérin présentait, au niveau de son bord supérieur, une dépression qui rendait plus sensible et plus saillants les angles que ce bord forme en se réunissant avec les bords latéraux, disposition qui prouvait la persistance de la difformité de l'utérus, même à l'état de vacuité (*Annales de la Société de médecine d'Anvers*, février 1845).

N'est-il pas permis de supposer que dans ces cas, comme dans quelques autres que nous pourrions citer, on avait affaire à un arrêt de développement qui avait altéré la forme de la cavité utérine ? Pour que cette hypothèse devienne un fait démontré, il ne manque que la vérification anatomique venant à la suite de ces présentations du tronc. Nous engageons à faire cette vérification toutes les fois que l'occasion en sera offerte, non-seulement en examinant la configuration extérieure et intérieure de la ma-

trice, mais encore en moulant sa cavité, seul moyen de se faire une idée exacte de sa forme intérieure.

D'autres observations montrent qu'après une série d'accouchements par l'épaule, la même femme met ensuite ses enfants au monde par le sommet. — Joulin dit avoir accouché quatre fois une dame chez laquelle il a pratiqué trois fois la version pour une présentation de l'épaule. Plus tard elle a donné le jour à deux enfants nés spontanément par le sommet (Traité d'accouchement, p. 564; 1867). — Une femme de 33 ans offre sur six accouchements quatre fois une présentation transversale. En assistant cette femme dans son dernier accouchement, le Dr Macdonald s'aperçut après la délivrance que l'utérus avait un diamètre transversal plus allongé que d'habitude. Il se contractait énergiquement et uniformément, mais au lieu d'avoir sa forme ordinaire, il était raccourci dans son diamètre vertical et très-développé dans son diamètre transversal. Macdonald pensa que cette disposition avait probablement été la cause de la répétition de la présentation vicieuse du fœtus, et rappela qu'un fait analogue avait été cité dans l'ouvrage de J. Simpson (*Edinburgh medical Journal*, page 45, juillet 1874).

La cause inconnue de cette particularité ne réside-t-elle pas dans une modification de la forme primitive de la matrice? Est-il impossible qu'à la suite de grossesses répétées, la cavité d'un utérus incomplètement cloisonnée se modifie, par l'effacement de l'éperon médian et des excavations latérales, de manière à prendre une forme qui se rapproche de l'ovoïde et par suite à donner lieu à des présentations du sommet?

Du reste la présentation vicieuse dans l'utérus incomplètement cloisonné ne nous paraît pas irrémédiable. A ce point de vue nous trouvons dans la thèse de M. Réal (*Sur le traitement préventif de la présentation du tronc*, page 39, Paris, 1852) une observation qui offre le plus vif intérêt. Une dame R... accoucha en janvier et en décembre 1842, chaque fois d'un garçon. Dans l'un et l'autre cas, il y eut présentation du tronc; la version fut difficile et longue, et les enfants périrent. La mère échappa aux dangers de ces accouchements laborieux. En 1847, Mme R... redevint enceinte, et la peur des accidents auxquels elle avait

été exposée, engagea son mari à en faire part aussitôt à un médecin, afin d'arriver, s'il était possible, au moyen d'empêcher le retour des mêmes malheurs. Le médecin (dont le nom n'est pas cité dans l'observation) convaincu que le hasard ne pouvait être accusé de la présentation vicieuse chez cette dame, ainsi que dans beaucoup d'autres cas où elle s'était reproduite constamment, et attribuant cette présentation à une disposition organique qui amènerait sans doute encore le même résultat chez Mme R..., chercha à y porter remède par un ensemble de moyens prophylactiques. « J'admets, dit-il, l'opinion qui veut que fœtus se place dans l'utérus en la position qu'il lui est plus facile de prendre dans sa poche glissante, de manière que le plus grand diamètre du contenu se trouve naturellement en rapport avec le plus grand diamètre du contenant. Sous cette expression commune de contenant, il faut comprendre tous les organes abdominaux dont les parois peuvent avoir une action sur le fœtus, mais surtout l'utérus. Cela posé, il est aisé de concevoir comment la présentation du tronc peut être amenée par une diminution relative du diamètre vertical de l'abdomen ou mieux encore par une tendance plus grande au développement de l'utérus dans le sens latéral plutôt que vertical. Nos moyens devaient donc avoir pour but d'empêcher le trop libre développement latéral de l'utérus, et de lui accorder en même temps tout l'espace nécessaire à son accroissement vertical. Ne pouvant préciser l'époque où l'influence du développement latéral de l'utérus se fait le plus sentir, aussitôt qu'on put bien palper cet organe au-dessus des pubis; je conseillai l'emploi d'un double bandage à pelotes, dont le ressort était disposé pour produire une pression transversale sur les deux parois latérales de l'utérus. A mesure que la grossesse avança, on augmenta le volume des pelotes; mais on supprima bientôt le ressort, et on se borna à mettre un bandage de corps suffisamment serré par-dessus les deux pelotes latérales... Ce bandage resta appliqué, même pendant la nuit, jusqu'à la fin de la grossesse. Pour favoriser l'action de ce moyen mécanique, je recommandai expressément à Mme R. de ne pas se courber en avant, soit pour s'asseoir, soit pour se baisser, de peur de forcer le fœtus à quitter sa bonne position.

pour la transversale. Le succès couronna complètement nos efforts, et Mme R... accoucha heureusement d'un garçon qui présenta le sommet le 18 mai 1848.» On doit convenir qu'il était difficile de mieux comprendre les moyens propres à combattre la récidive de la présentation du tronc, d'en mieux saisir les indications et de les remplir avec plus de succès. Dans des cas semblables, la conduite du praticien cité par M. Réal doit être imitée. Si l'idée de maintenir le fœtus dans une bonne position jusqu'à la fin de la grossesse a été émise avant lui, à lui revient le mérite d'avoir mis cette idée à exécution par un procédé simple et efficace.

Comme conclusion de ce chapitre, nous dirons : le cloisonnement incomplet de la matrice par arrêt de développement engendre la présentation du tronc. Mais cette présentation n'est pas inévitable, si l'art intervient à temps pour la modifier.

On nous objectera sans doute que, dans l'observation qui sert de base à ce travail, nous avons eu affaire en même temps à une présentation du tronc et à une insertion vicieuse du placenta. Or l'insertion vicieuse du placenta étant par elle-même une cause de cette présentation, pourquoi attribuer à une conformation anormale de la matrice un phénomène qui s'explique naturellement par cette cause connue. L'objection est sérieuse; mais elle tombera, si nous parvenons à démontrer qu'entre la malformation utérine et l'insertion vicieuse il y a une relation de cause à effet, et que cette malformation peut avoir pour conséquence à la fois, la présentation transversale, et le placenta prævia.

III. *Influence de la malformation utérine sur la production de l'insertion vicieuse du placenta.*

On sait combien les causes attribuées à l'insertion vicieuse du placenta sont obscures : les unes sont manifestement fausses, parce qu'elle sont basées sur des erreurs d'anatomie ou de physiologie ; les autres sont contestables comme les hypothèses sur lesquelles elles reposent.

Lorsque la muqueuse utérine, congestionnée et plissée, ne retient pas l'ovule fécondé au voisinage de l'ouverture des trompes, la pesanteur entraîne celui-ci vers l'orifice du col où il se greffe et se développe.

Telle est l'explication, assez satisfaisante d'ailleurs, de l'insertion vicieuse. Mais quelles sont les circonstances qui favorisent la chute sur le col, heureusement si rare, de l'ovule fécondé ? On a prétendu que la femme avait marché, s'était tenue debout ou assise immédiatement après l'acte vénérien ; on a admis que la congestion qui boursoufle et plisse la muqueuse avait manqué, que cette muqueuse était lisse et glissante parce que la femme était sujette à la leucorrhée, que les parois de la matrice avaient moins de résistance qu'à l'état normal et que sa cavité était agrandie soit par suite d'une maladie, soit par suite de la multiparité. Parmi ces causes vagues, difficiles à démontrer, inefficaces dans l'immense majorité des cas, nous ne voulons retenir qu'un fait exact, c'est la prédisposition créée par la multiparité. Or, nous soupçonnons que cette prédisposition tient à une modification dans la forme de la cavité utérine.

Mais les primipares ne sont pas exemptes de l'insertion vicieuse. D'après les relevés de Simpson, sur 136 cas de placenta prævia, 11 cas se rapportent à des femmes qui étaient grosses pour la première fois. Chez ces dernières, l'insertion vicieuse n'était pas due à une déformation de la matrice consécutive à des grossesses, mais elle pouvait être due à une malformation primitive de cet organe.

Cette vue nouvelle touchant l'étiologie du placenta prævia s'appuie sur deux ordres de faits :

1° La répétition de l'insertion vicieuse dans une série d'accouchements, lorsqu'elle s'est produite à la première grossesse ;

2° L'inspection ou l'autopsie venant démontrer qu'avec l'insertion vicieuse il y a vice de conformation de l'utérus.

On signale de temps en temps des femmes qui n'accouchent presque jamais sans avoir des hémorrhagies pendant les derniers temps de la grossesse ou pendant le travail. En exceptant certaines pertes de sang, qui sont sous la dépendance d'une maladie locale, d'une constitution pléthorique ou hydrohémique,

on a reconnu que ces hémorrhagies étaient dues à l'insertion vicieuse du placenta, qui se reproduit constamment chez certaines femmes.—Ingleby cite deux femmes dont l'une eut trois fois et l'autre dix fois le placenta inséré sur le col (*Practical treatise on uterine hemorrhage*, pag. 64 et 140). — M. Depaul admet cette prédisposition à l'insertion vicieuse. En 1841, il présenta à la Société anatomique (*Bull. de la Soc. anat.*, page 42; 1841) un placenta, dont l'insertion marginale avait occasionné des pertes de sang graves pendant le dernier mois de la grossesse. La patiente avait déjà eu deux couches avant terme. On peut se demander avec le présentateur s'il ne s'agit pas là d'un exemple de la prédisposition que nous indiquons. — M. Chassagny a communiqué au Dr Michalon (*thèse de Paris*, n° 202, page 22 ; 1869) le cas d'une dame qui avait offert une insertion vicieuse à toutes ses grossesses, et qui mourut d'une hémorrhagie qui en était la conséquence.

Pourquoi les personnes qui ont eu le placenta vicieusement inséré une première fois, courent-elles le risque de voir ce redoutable accident se produire encore aux grossesses suivantes? Gendrin (*Traité de médecine pratique*), ayant trouvé à l'autopsie de deux femmes mortes d'hémorrhagie par insertion vicieuse les ouvertures des trompes beaucoup plus rapprochées de la portion inférieure de l'utérus et du col qu'elles ne le sont habituellement, a admis que cette disposition rendait compte du développement de l'ovule vers le col, où il était naturellement porté. Les observations de M. Gendrin, et l'explication qu'il en a donnée, auraient une grande importance dans l'étiologie de la récidive des placentas prævia, si des recherches ultérieures étaient venues les confirmer. Mais jusqu'à présent elles restent comme des faits isolés.

Cependant d'autres faits semblent prouver que les vices de conformation de la matrice ont une influence sur l'insertion vicieuse. — Marquet (*Traité pratique de l'hydropisie et de la jaunisse*) rapporte qu'à l'examen du cadavre d'une femme de 48 ans, on trouva une double matrice, ressemblant à deux poires renversées, réunies par leur col, se terminant à un

orifice interne commun. Cette femme avait eu quatorze enfants. Aucun n'était venu à terme. *Toutes ses couches avaient été précédées d'une perte de sang.* — Hohl (*Prager viertiljahrschrift*, t. IV, page 65, 1865) a observé une femme de 30 ans, qui avait un utérus bicorne avec col unique. Chacune des cavités de cet utérus double contenait un fœtus. Les deux placentas étaient implantés sur l'orifice. L'un d'eux était décollé et les hémorrhagies avait tellement affaibli la malade qu'il était nécessaire d'intervenir. Hohl pratiqua l'accouchement forcé; il introduisit d'abord la main dans l'utérus droit, et saisit les pieds de l'enfant qu'il amena à l'extérieur sans difficulté; le placenta suivit du même coup. Il répéta la même manœuvre du côté gauche avec le même résultat. Seulement le placenta était encore très-adhérent de ce côté, et il fallut ensuite l'extraire isolément. Pendant les premiers jours qui suivirent l'accouchement, on introduisit dans l'utérus la main et la sonde, et on vérifia ainsi l'exactitude du diagnostic. Le Dr Ménard (observation citée dans la thèse de Dunal, Montpellier, 1855, page 44) a donné des soins à une dame qui avait un vice de conformation de l'utérus caractérisé par une bride divisant en deux parties le col de cet organe. Cette bride était évidemment le vestige d'un cloisonnement de la cavité utérine, et il est permis de supposer qu'au-dessus d'elle existait une cloison plus ou moins étendue divisant la matrice en deux loges. Au premier accouchement l'enfant se présenta par les pieds à califourchon sur la bride du col. Il fallut la sectionner pour que l'accouchement se terminât. Au sixième mois de la seconde grossesse, hémorrhagie abondante due à l'insertion du placenta sur le côté droit du col. Huit jours après, nouvelle hémorrhagie beaucoup plus abondante que la première. Tous les moyens sont inutiles; danger extrême pour la malade. Tamponnement et accouchement prématuré. Dix-huit mois après une troisième grossesse se manifeste. Au 6me mois, hémorrhagie qui se reproduit les jours suivants. Le toucher fait découvrir la présence du placenta inséré en partie sur le col, mais surtout à droite. Tamponnements répétés qui permettent d'atteindre le commen-

cement du 7me mois. A cette époque, accouchement provoqué; l'enfant est amené vivant en présentation du siége. La malade s'est rétablie. Depuis point de nouvelle grossesse.

Les faits précédents, qui seraient plus nombreux s'il nous avait été donné de faire des recherches bibliographiques plus étendues, suffisent à faire entrevoir que la malformation originelle de l'organe gestateur est une cause prédisposante à l'insertion vicieuse du placenta et à la récidive de ce redoutable accident.

Nous avons vu précédemment que l'art pouvait combattre la prédisposition à la présentation transversale du fœtus, mais il ne possède aucun moyen pour empêcher l'insertion vicieuse du placenta. Aussi le seul conseil pratique que l'on puisse donner aux femmes qui ont offert ces insertions vicieuses récidivantes c'est de ne plus s'exposer à devenir enceintes.

ÉTUDE SUR L'INFLAMMATION DE LA MEMBRANE CADUQUE PENDANT LES COUCHES.

(*Travail de la clinique d'accouchement du professeur K. Slaviansky, de l'Université de Kazan.*)

Par le Dr A. Dockhmann.

En médecine on a déjà fait un assez grand nombre de recherches sur la structure normale et pathologique de la membrane caduque; cependant ce n'est que dans ces derniers temps que Heintze (1) a critiqué cette question et, après avoir présenté une revue historique des aperçus sur la structure de

---

(1) Heintze. *Sur la structure normale et pathologique des membranes caduques* (*journal de Roudneff*, 1873, p. 56-109).

Sur la structure du placenta et des membranes caduques (*journal de Roudneff*, 1875, p. 31-87) (en russe).

la membrane caduque, nous a donné, la sur pathologie de cette membrane, les observations qu'il a faites par la méthode d'investigation anatomique contemporaine, au laboratoire de la clinique d'accouchement de l'Académie impériale de médecine de Saint-Pétersbourg.

Néanmoins dans cette question il existe une lacune : c'est le tableau clinique des maladies des membranes caduques. Heintze dans son chapitre sur l'inflammation aiguë des membranes caduques, nous donne une exposition claire du changement microscopique qui s'opère dans ces membranes pendant l'inflammation, mais nous n'avons que quelques indications concernant les symptômes produits par cette maladie.

Dans l'ouvrage plus connu sur l'accouchement de Schrœder, nous trouvons que dans certaines conditions il peut y avoir inflammation de la membrane caduque de l'utérus. En examinant les comptes-rendus des dernières années de quelques établissements de Maternité (1), nous n'y trouvons pas d'indications qui nous intéressent.

En outre, dans un de ses travaux sur l'inflammation aiguë des membranes caduques, Heintze dit : « Nous avons vu que, dans des cas d'inflammation bien développée des membranes caduques, les membranes fœtales se trouvent aussi dans le même état d'inflammation. Il se présente naturellement cette question : Quel rapport y a-t-il entre l'inflammation de ces membranes ? Les globules blancs du sang des vaisseaux de la decidua vera peuvent-ils pénétrer dans les membranes fœtales non vasculaires ? Ou bien le développement de l'inflammation peut-il se produire au moyen de la division des cellules fixes des membranes fœtales par la transmission de l'irritation des membranes caduques ? Ou bien enfin la transmission de l'irritation se fait-elle réciproquement ? En ce moment, nous ne prenons pas sur nous de décider ces questions qui concernent autant la clinique que la pathologie générale. »

(1) Comptes-rendus de la Maternité de Saint-Pétersbourg (à Nadegdinskaya) pour les années 1870-71 et pour 1872.

Idem de Moscou pour l'année 1875 (en russe).

Prenant en considération ce qui a été dit plus haut, je regarde comme intéressant pour la science un cas d'inflammation aiguë des membranes caduques pendant les couches. Dans mes occupations à la clinique d'accouchement de l'Université de Kazan, j'ai eu lieu d'observer ce cas près du lit de la malade et ensuite de faire des recherches anatomiques sur le placenta et les membranes.

En publiant ainsi des observations faites d'une manière plus fondamentale nous serons en état de comprendre de mieux en mieux les différentes sortes de symptômes qui se produisent pendant les couches et qui sont occasionnés par différentes maladies.

La fille P. Larionoff, primipare, 28 ans, taille moyenne 146 centimètres, faible constitution, est entrée à la clinique d'accouchement du professeur Slaviansky le 24 février 1877, à 4 heures 30 de l'après-midi. Les dernières règles avaient eu lieu le 25 juin 1876. Elle ne se souvient pas des premiers indices de grossesse. Le plus grand développement du volume du ventre, au-dessus du nombril, offre 81 centimètres.

La hauteur du fond de la matrice au-dessus du pénil 33 centimètre. Mesures du bassin : sp. il. 245 centimètres, cr. il. 27 centimètres, tr. 30,5 centimètres, conjug. ext. 18 centimètres, conjug. diag. 11 centimètres. Les parois de la matrice sont contractées assez fortement; l'écoulement des eaux, au dire de la malade, avait eu lieu la veille, le 23 février, à 7 heures de l'après-midi; les douleurs avaient commencé la veille à 11 heures du matin. On n'entend ni les battements du cœur de l'enfant ni le souffle du cordon ombilical. L'orifice de la matrice présente une ouverture de deux doigts de diamètre. La partie qui se présente c'est la tête, elle est comme clouée au détroit supérieur du bassin; la grande fontanelle est à droite. Immédiatement à côté d'elle à gauche, *caput succedaneum* de peu de grandeur. Les os du côté droit chevauchent sur ceux du côté gauche.

Diagnostic : présentation crânienne, position occipito-cotyloïdienne gauche. A son entrée à la clinique, température de la malade 38,0. A 6 heures 10 température 38,6, pouls 92. La tête comme auparavant clouée au bassin; l'orifice de la matrice est presque entièrement ouvert. A 8 heures 10 température 38,9, pouls 100, respiration 28. La tête n'avance aucunement. La grandeur *capitis succedanei* n'a pas changé. Les douleurs sont très-faibles, de courte durée (10''-30''), elles apparaissent de 3'-10'. A 9 heures 40 la tête est toujours dans la même position. Température 39,2, pouls 112, respiration 30 en 1'.

Les douleurs sont extrêmement faibles. Pendant l'investigation intérieure de la cavité de la matrice, il s'écoule une petite quantité de liquide gris rougeâtre contenant, comme l'a indiqué l'examen microscopique, une grande quantité de globules de pus.

La température qui augmentait graduellement et l'écoulement sanieux de la cavité de la matrice annonçaient une inflammation aiguë. Diagnostic : *endometritis decidualis acuta* (*sub partu*). Le pronostic n'était pas très-favorable. Le danger consistait dans la possibilité de la transmission du processus inflammatoire au tissu même de la matrice et au péritoine qui la couvrait. La faiblesse des douleurs pouvait indiquer aussi que peut-être cette transmission avait déjà commencé.

La différence de volume entre le bassin et la tête de l'enfant ainsi que les faibles douleurs avaient rendu impossible l'accouchement normal. D'un autre côté la mort de l'enfant permettait de diminuer la tête en la perforant. Cette perforation a été faite par le professeur Slaviansky, et à 10 heures 20 il avait été extrait par le crânioclaste un enfant mâle du poids (sans le cerveau) de 2140 grammes. Huit minutes après *extractio placentæ*.

Deux heures après l'opération, température de l'accouchée 38,3, pouls 107, respiration 28. Pendant la nuit il y eut un frissonnement insignifiant. Le 25 février au matin, température 36,5, pouls 64, respiration 20. Quant à la période puerpérale je n'en dirai que quelques mots.

Jusqu'au septième jour après les couches, la malade présente les symptômes de *paravaginitis anterior* et *parametritis dextra*.

Le neuvième jour l'urine extraite par le cathéter est d'une couleur rouge, d'une réaction peu acide et donne un grand dépôt gris qui, au microscope présente une quantité énorme de globules de pus. On n'y trouve pas de cellules épithéliales.

Diagnostic : abcès se rompant dans la vessie.

Le quinzième jour après les couches, il n'y avait plus de traces de pus dans l'urine. Le dix-septième jour la malade était sortie de la clinique complètement rétablie.

Pour l'examen microscopique du placenta et de ses annexes on a opéré de la manière suivante : De petits morceaux coupés, tenus 24 heures dans l'acide picrique, furent transportés pour 24 heures dans une dissolution *gummi arabici*, dans l'eau, puis mis dans l'alcool ; après on fit des sections microscopiques, on les trempa dans l'eau pendant 24 heures, on les teignit avec du picrocarminate et ensuite on les examina au microscope.

Le processus inflammatoire se localisa dans la *decidua vera et reflexa*, et aussi dans le chorion, l'ammios resta donc complètement

intact de toute infiltration de corpuscules de pus; ni son épithélium ni la partie fibreuse ne présentaient aucun changement.

L'infiltration dans les différentes parties de la *decidua* était différente selon la force de l'extension du processus, depuis les plus petits abcès microscopiques jusqu'à l'infiltration étendue où les éléments propres du tissu infiltré étaient à peine appréciables. Dans la *decidua reflexa* quelquefois on arrivait à voir ses cellules fusiformes déjà granuleuses : la plus grande partie de ces cellules n'étaient pas visibles; des globules de pus occupaient leur place. La couche épithéliale du chorion était très-rarement visible; sa place était aussi occupée par des corpuscules de même nature. Les villosités du chorion se montraient quelquefois infiltrées par le pus. En un mot, nous avons vu devant nous le tableau de l'inflammation aiguë que décrit Heintze dans l'ouvrage cité plus haut.

La *decidua vera* était aussi infiltrée par des éléments de pus, disposés tantôt entre ses cellules tout à fait normales, tantôt (plus récemment et en petit nombre) logés dans les cavités lymphatiques. Là, l'infiltration était surtout prononcée près de la *decidua reflexa*, mais vers le tissu de la matrice, l'infiltration devenait de moins en moins prononcée, de sorte que sur le bord de la préparation microscopique de la *decidua vera*, nous avons très-rarement trouvé des globules de pus. Quelque faiblement qu'ait été prononcée l'infiltration dans la *decidua vera et reflexa*, et le chorion, au point de jonction de la *decidua vera et reflexa*, toujours il se trouvait une plus grande quantité de globules de pus; d'un autre côté il se rencontrait quelquefois des endroits où *seulement à cette place*, on voyait des globules de pus, les autres parties du chorion, de la *decidua vera* (près de la matrice) n'en présentaient aucun. Enfin dans les cas où le tissu de la *decidua vera* est attaché directement au chorion, l'infiltration est plus fortement prononcée. De cette manière nous voyons que l'on doit regarder comme le point de sortie du processus inflammatoire dans le cas observé, la surface de la *decidua vera* adjacente à la *decidua reflexa*, parce que seulement dans cet endroit nous avons toujours trouvé l'infiltration. Avec l'extension du processus inflammatoire, des globules de pus pénètrent aussi dans les membranes fœtales non vasculaires. Dans le cas qui nous occupe où le processus inflammatoire n'a pas atteint son acmé de développement, comme l'inflammation a duré quelques heures, l'amnios n'avait pas encore eu le temps d'être infiltré par des globules de pus et était resté tout à fait intact.

En résumant tout ce qui a été dit, on peut tirer les conclusions suivantes :

La diagnostic de l'*endometritis decidualis acuta* repose

particulièrement sur l'apparition de la fièvre pendant les couches, sur la qualité de la sécrétion s'écoulant de la cavité de la matrice et quelquefois peut-être sur la faiblesse des douleurs de l'enfantement.

Cette maladie étant reconnue et l'accouchement ne pouvant s'accomplir vite par les forces de la nature, il faut avoir soin de le terminer aussitôt que possible, en ayant en vue le danger qui résulte de la transmission de l'inflammation au tissu même de la matrice et au péritoine qui l'enveloppe.

Le point de sortie de l'inflammation, pendant l'*endometritis decidualis acuta* est la *decidua vera*, surtout la surface qui est adjacente à la *decidua reflexa* ou au chorion.

Les membranes fœtales dans ce processus ne jouent qu'un rôle passif.

En terminant je ne crois pas superflu de dire encore une fois que, en publiant ce cas et m'étant permis d'en tirer quelques conclusions générales, j'ai voulu seulement montrer la possibilité pleinement justifiée de diagnostiquer l'inflammation aiguë de la membrane muqueuse de la matrice, pendant les couches.

AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITAUX ET SEXUELS DE LA FEMME.

Leçons cliniques professées à l'hôpital de Lourcine,

Par M. le Dr L. Martineau,
Médecin de l'hôpital de Lourcine.

(Leçons recueillies et rédigées par M. Barthélemy, interne des hôpitaux.)

TROISIÈME LEÇON (1)

Causes prédisposantes locales.

Messieurs, je vais continuer cette étude de la pathogénie des affections utérines par l'examen des causes locales. Je ne

---

(1) Voir t. VII, pag. 263 et 428.

leur reconnais, et à juste droit comme j'espère vous le prouver, qu'une influence prédisposante, contrairement à ce que nous avons vu pour les causes générales. Celles-ci, en effet, agissent directement sur le vagin, l'utérus ou sur les annexes, et l'affection utérine qui, sous leur influence, peut se développer *en dehors de toute excitation*, est *protopathique*. Qu'au contraire certaines causes locales appellent, par leur action, une manifestation de la maladie générale, l'affection utérine qui en résultera sera *deutéropathique*.

Ces causes locales ont été considérées par quelques auteurs, par M. Courty entre autres, comme déterminantes, comme pouvant donner lieu par elles-mêmes à des affections utérines. C'est, à mon avis, leur faire jouer un rôle trop important ; je crois, en effet, qu'elles n'agissent point aussi efficacement, mais qu'elles marquent seulement le début, l'éclosion de la manifestation de l'état constitutionnel ou général sur l'appareil utérin. Elles nous expliquent la facilité avec laquelle cet appareil est influencé par les maladies soit constitutionnelles, soit diathésiques ; c'est à elles qu'il faut attribuer les complications qui surgissent dans le cours des affections utérines ; ce sont elles qui en troublent la marche, donnent si souvent lieu aux rechutes, aux symptômes insolites, aux phénomènes réflexes ou sympathiques, augmentent les difficultés du traitement, retardent la guérison et assombrissent par conséquent beaucoup le pronostic.

Les dispositions anatomiques, les fonctions physiologiques dans lesquelles elles résident nous donnent l'explication de la forme de la lésion, de la prédilection du siége, de la fréquence même de certaines affections ; mais l'observation nous a montré qu'elles sont insuffisantes à les créer de toutes pièces, en dehors de tout état constitutionnel. Ce dernier, au contraire, doit toujours être recherché avec beaucoup de soin ; car souvent il n'existe qu'à l'état latent, n'attendant pour se manifester qu'une occasion, qu'il rencontre dans une circonstance parfois fort insignifiante en apparence.

Or donc, quelles sont ces causes prédisposantes locales?

Elles résultent en partie, ai-je dit, de certaines *condi-*

tions anatomiques, telles que la situation de l'utérus, ses rapports, les différentes phases de son développement, sa structure, etc.

C'est ainsi que la *situation inférieure*, déclive de l'utérus rend compte de la fréquence de ses congestions, de son inflammation même et de la difficulté que l'on rencontre à les résoudre. La multiplicité, la nature de ses moyens de suspension et l'altération qu'ils éprouvent par l'accomplissement même des fonctions de la génération, expliquent par leur laxité, leur distention excessives, par les adhérences consécutives aux inflammations, les divers et fréquents déplacements de la matrice. Ses rapports avec la vessie d'un côté, avec le rectum de l'autre, sa situation dans l'excavation pelvienne au milieu d'un tissu cellulaire abondant, entre deux replis d'une séreuse dont la susceptibilité est malheureusement trop connue, rendent compte de l'influence des inflammations de voisinage et de la propagation morbide qui peut se faire de ces organes à l'utérus ou réciproquement.

Les *diverses phases du développement* de l'organe de la gestation disposent l'utérus à devenir malade sur un point de préférence à un autre. Ainsi, le développement précoce du col rend compte de l'invasion de la cavité cervicale par l'inflammation catarrhale, même avant la puberté, tandis que la prépondérance ultérieure du corps explique la fréquence des maladies du corps chez la femme adulte. D'autre part, un arrêt de développement peut suffire pour causer une flexion excessive surtout en avant ; ce qui n'est guère alors qu'une persistance ou qu'une exagération de l'état normal.

Quant à la *structure* de l'utérus, elle nous fournit l'explication de certains états morbides, tels que l'hypertrophie générale ou partielle, les fibrômes, les polypes, etc., dus à la prédominance du tissu fibro-musculaire. De même la richesse vasculaire et l'activité circulatoire prédisposent à l'inflammation aiguë ou chronique, totale ou partielle, primitive ou consécutive. Je vous rappellerai le rôle important joué par les lymphatiques utérins dans les accidents puerpéraux sur lesquels, malgré leur gravité et l'intérêt que présente leur étude, vous me permettrez de ne pas insister ici, puisqu'ils sortent du

cadre que nous nous sommes tracé. C'est encore pendant la puerpéralité que l'on observe le phlegmon utérin et la suppuration interstitielle dont la rareté, en tout autre temps, est expliquée par l'absence ou par la faible quantité de tissu cellulaire dans la structure de l'utérus. La présence d'une membrane muqueuse, riche en vaisseaux, riche en glandes, dispose essentiellement l'utérus aux inflammations et aux affections catarrhales. La muqueuse du col et notamment celle de l'orifice vaginal peut, selon la remarque de Tyler-Smith, de MM. Bernutz, Lasègue, et d'autres, comme les autres ouvertures naturelles qui donnent accès aux cavités viscérales, être le siége de prédilection de la blennorrhagie, d'éruptions de natures diverses, de syphilides, d'herpétides, d'ulcérations, de granulations, etc.

Je signalerai seulement le feuillet séreux péritonéal, si prompt à s'enflammer, et la pelvi-péritonite dont les caractères sont maintenant bien connus et dont les conséquences sont parfois si fâcheuses soit temporairement, soit définitivement au point de vue de l'accomplissement normal des fonctions de l'utérus. La solidarité, en effet, des fonctions du système utéro-ovarien explique très-bien cette influence réciproque des affections de l'ovaire, de la trompe et de l'utérus. Ces considérations n'ont pas que des conséquences spéculatives, ce sont les enseignements pratiques qu'une observation attentive et une expérience déjà longue m'en ont fait tirer, que je résume par le conseil suivant : s'abstenir de *toute* pratique chirurgicale sur l'utérus lorsqu'il existe une pelvi-péritonite, même chronique. Les accidents graves, parfois mortels, signalés à la suite du cathétérisme utérin, de la cautérisation, et même du toucher vaginal et de l'application du spéculum, sont les résultats de pelvi-péritonites qui n'ont pas eu d'autre cause. D'où, ce second précepte sur lequel, Messieurs, j'appelle fortement votre attention, de toujours s'assurer de l'état des annexes avant de faire une opération sur l'utérus.

Les *conditions physiologiques* auxquelles est soumis l'utérus, nous donnent aussi la clef d'une foule de phénomènes pathologiques et même thérapeutiques, puisque, dit M. Courty,

on peut en tirer un grand parti pour le traitement des affections utérines. Rappelez-vous le mode de vitalité de la matrice, et les actes physiologiques élémentaires qui sont nécessaires au complet accomplissement de ses fonctions. Vous savez avec quelle facilité elle subit les modifications les plus considérables et par suite les altérations les plus remarquables dans sa structure, dans son innervation, dans sa circulation, dans son tissu tout entier ; vous connaissez en un mot les changements profonds et incessants qui se produisent dans sa nutrition suivant l'âge de la femme ou pendant la période menstruelle, pendant la grossesse, après l'accouchement. Vous ne vous étonnerez donc pas de la part considérable de ces conditions physiologiques dans l'aggravation, dans la durée des affections utérines, ainsi que dans les récidives que l'on observe si souvent à la suite des règles, ou à la suite de l'accouchement.

M. Courty a étudié avec le plus grand soin toutes ces causes prédisposantes locales, sur lesquelles je désire, avec lui, attirer votre attention. Je citerai au premier rang la *menstruation*. Trois actes physiologiques élémentaires concourent à l'accomplissement de cette fonction périodique : la fluxion, la congestion, l'évacuation critique du sang. Que l'un d'eux vienne à manquer, la fonction est anormale. Tous trois interviennent dans presque toute affection utérine, comme cause ou comme complication. Aussi le médecin doit-il les surveiller avec soin, surtout le dernier, plus facilement perceptible, afin de les stimuler ou de les diminuer suivant les cas. En effet, il a pouvoir sur eux, soit pour en annuler ou modérer l'influence, soit pour en modifier l'expression, soit enfin pour en combattre les effets. Ces trois actes se commandent mutuellement : l'énergie de la fluxion augmente la congestion, et la congestion par son intensité exagère l'évacuation. Que l'équilibre soit rompu entre ces divers éléments essentiels de la fonction menstruelle, et l'affection utérine éclate ! Et, résultant d'un trouble circulatoire, elle se présente avec des caractères anatomiques que vous pouvez prévoir, c'est la congestion, l'inflammation, l'hypertrophie, terme extrême de la métrite, qui dominent. Vous devinez d'ailleurs aisément les rechutes qui vont se produire à

chaque période menstruelle et les aggravations qui ne manqueront pas d'en résulter. C'est là, en effet, Messieurs, le véritable rôle, la manifestation réelle de cette cause locale. Tous les troubles menstruels sont loin d'être inévitablement suivis d'affections utérines ; il faut avant tout qu'un état constitutionnel préexistant ait préparé soit insidieusement, soit ouvertement le germe qui aura pu jusqu'alors rester latent, mais qui se développera sous l'influence nocive de l'accident menstruel.

La fluxion n'a pas seulement pour effet de préparer, d'attirer la congestion, de déterminer l'hémorrhagie, de favoriser ou d'exagérer le flux, d'aider l'hypertrophie, d'entretenir l'engorgement et de fournir à l'inflammation ses éléments naturels, elle entrave encore le traitement, prolonge la maladie par la périodicité de ses retours, l'aggrave souvent par son intensité, joue enfin le principal rôle dans les rechutes qui suivent trop fréquemment une guérison apparente.

La congestion, dit Aran, doit être envisagée sous deux aspects particuliers : tantôt elle est liée à une maladie, actuellement existante, du système utérin dont elle n'est qu'un épiphénomène, ou dont elle constitue une complication, dont elle retarde ou empêche la guérison ; tantôt elle existe primitivement dans l'utérus ou dans le système utérin et *facilite* le développement d'affections nouvelles ; elle constitue à proprement parler un élément des maladies utérines et devient une source d'indications thérapeutiques. L'indication capitale, en effet, peut se subdiviser : ne doit-on pas d'abord diminuer l'état congestif à l'époque des règles ; ensuite, combattre la congestion qui persiste après chaque époque jusqu'à la suivante.

L'évacution pèche par excès ou par défaut. Par excès, elle constitue pour ainsi dire une maladie; par défaut, elle empêche la crise naturelle de s'opérer et laisse l'utérus congestionné.

Les phénomènes physiologiques qui se passent dans l'utérus à chaque menstruation se produisent avec bien plus d'intensité pendant la *grossesse*.

Ici la fluxion et la congestion sont continues, mais l'évacuation sanguine n'a pas lieu, du moins dans l'immense majorité

des cas où la déplétion ne se produit qu'après l'accouchement. Qu'une cause quelconque vienne à l'empêcher, on verra survenir une affection utérine, toujours dans les mêmes conditions que j'ai réservées plus haut.

Vous voyez donc que c'est à juste titre que je fais jouer à la grossesse un rôle important parmi les causes locales prédisposantes des affections de l'appareil génital. Il sera plus important encore si nous tenons compte des modifications profondes subies par le tissu utérin sous l'influence de la gestation.

Vous savez en quoi consistent ces modifications : de l'afflux sanguin plus considérable et de la richesse circulatoire plus grande de l'utérus gravide résultent l'hypertrophie de tous les éléments et même la formation d'éléments nouveaux. Au contraire, quelque temps après l'accouchement s'opère un travail de régression, une évolution rétrograde, consistant dans l'atrophie de certains éléments et dans la disparition de certains autres. La muqueuse utérine par exemple, subit alors une rénovation complète, analogue du reste à celle plus ou moins partielle qu'on constate quelquefois dans certains cas de menstruation difficile, tant ce fait est la caractéristique de la vie propre et de l'activité de l'utérus.

De ces changements fréquents dans la structure de l'utérus, résulte une remarquable instabilité de cet organe, qu'on ne retrouve dans aucun autre et qui donne raison de la facilité avec laquelle les affections utérines peuvent alors se développer.

Ces considérations inspirent à M. Courty les réflexions suivantes :

« La structure de l'utérus est en rapport avec les modes de manifestation tout à fait spéciaux des fonctions nutritives et de la vie propre de cet organe. Ce qui caractérise son tissu, c'est la présence d'éléments fibro-plastiques, c'est la disposition continuelle, incessante à l'hypertrophie soit par la formation d'éléments nouveaux, soit par l'augmentation du volume de ses propres éléments pour suffire à l'ampliation considérable que subit l'organe pendant la grossesse, à l'énergie, à la

richesse de sa circulatipn pendant la même époque, à la continuité du mouvement fluxionnaire normal dont il est le siége, à la violence des contractions qui doivent momentanément l'animer. Ce tissu est toujours en instance d'organisation : l'hypertrophie, l'atrophie, sont en quelque sorte des fonctions par lesquelles il se réalise tour à tour et à plusieurs reprises pendant la vie de la femme des différences profondes dans la structure de l'utérus. S'hypertrophiant pendant la grossesse, s'atrophiant après l'accouchement pour revenir à ses dimensions normales, il semble n'avoir en partage au lieu de la stabilité propre aux autres organes et à leurs éléments qu'une instabilité continuelle, qu'une mobilité incessante, qu'une tendance constante à l'accroissement et au décroissement. Ces dispositions anatomiques, accusées par la nature même du tissu, par la présence, surtout dans la muqueuse, de l'élément organisateur par excellence, l'élément fibro-plastique, coïncident avec des dispositions physiologiques analognes, telles que l'habitude des mouvements fluxionnaires, l'alternance de la congestion et de la déplétion. »

Or, nous avons precisément vu que les tendances fluxionnaires, plastiques, hypertrophiques caractérisent la plupart des affections utérines comme elles caractérisent les fonctions de l'organe. La fluxion, l'exubérance plastique, l'hypertrophie portent sur tous les éléments à la fois ou seulement sur certains d'entre eux : de là la fréquence des engorgements, des congestions, des flux, des tumeurs, et des productions homologues de toutes sortes.

Localisée sur la muqueuse, limitée à une faible étendue, portant sur la partie la plus superficielle des papilles du derme, sur ses vaisseaux, sur l'épithélium qui la recouvre, cette hypertrophie donne naissance aux granulations si fréquentes du col; se concentrant sur les éléments glandulaires, elle préside au développement des tumeurs, kystes et polypes folliculaires; siégeant dans le tissu propre, dans la totalité de ses éléments, elle donne naissance à l'hypertrophie proprement dite, généralisée, *totius substantiæ*, concentrique.

Elle peut d'ailleurs s'étendre à l'utérus entier ou se limiter

soit au corps, soit au col, soit même à un des segments du col ou du corps, à l'une des parois de celui-ci, à l'une des lèvres de celui-là. N'envahissant enfin que certains éléments à l'exclusion de certains autres, elle donne naissance soit aux tumeurs vasculaires, soit aux fibroïdes, soit aux corps fibreux, soit aux polypes.

Si la grossesse, en vertu des modifications qu'elle imprime à la nutrition et à la structure de l'utérus, joue un rôle si important dans le développement des affections utérines, il est facile de comprendre que l'*accouchement*, par suite du traumatisme infligé à la matrice, doit jouir d'une influence encore plus efficace.

La métrite post-puerpérale, si communément observée, est un fait qui a convaincu tous les praticiens de l'action mécanique de l'expulsion fœtale. Celle-ci, en effet, ne se fait qu'au prix d'une certaine violence, accompagnée de douleur, d'écoulement de sang, de contusion, de perte de substance, de déchirure du col et de la muqueuse; elle est suivie d'une période de réparation, de substitution, de cicatrisation pour ainsi dire qui, pour n'être pas réellement bourgeonnante comme dans une solution ordinaire de continuité, ne s'obtient néanmoins qu'aux prix d'un travail inflammatoire notable et d'une fièvre traumatique qu'aujourd'hui on n'explique plus par l'apparition d'un acte physiologique, la sécrétion du lait.

De l'observation attentive des faits découlent les indications qui doivent régler la conduite du médecin auprès d'une femme en couches. Il doit la surveiller attentivement et favoriser le travail d'involution qui doit se produire après l'accouchement comme après l'avortement, par le repos le plus complet, ordonné pendant tout le temps qu'il n'aura pas nettement observé le retour de l'utérus à son volume normal, c'est-à-dire pendant cinq à six semaines. Et a plus forte raison doit-il redoubler de prudence et de précautions si la femme a été ou est atteinte d'une affection utérine.

Le « qui peut le plus peut le moins » est ici d'une vérité absolue. Qui a pu engendrer peut perpétuer, peut développer, peut rappeler ou faire renaître, en mettant à profit les moindres velléités

morbides subsistantes ou les prédispositions préexistantes. Aussi peut-on annoncer presque à coup sûr que telle femme qui a fait de nombreuses couches, surtout à des intervalles de temps peu éloignés, est atteinte de métrite et de métrite à forme chronique.

En effet, Messieurs, ce n'est pas seulement à cause de leur rôle, qui n'est en réalité que secondaire, dans la production des affections de la matrice que ces propriétés physiologiques sont intéressantes à étudier, mais bien à cause de la *forme*, de la *marche*, des *rechutes*, qu'elles impriment à ces affections et par conséquent à cause des symptômes qu'elles leur imposent, ainsi que je vous le montrerai dans une prochaine leçon.

La grande tendance à se modifier et à s'adapter au rôle qu'il doit jouer dans la menstruation, la conception, la grossesse, l'accouchement, l'utérus la conserve dans toutes les circonstances qui le mettent dans des conditions plus ou moins analogues à ces causes prédisposantes locales. Qu'il préexiste alors une maladie constitutionnelle ou diathésique, une affection utérine ne manquera pas de survenir.

C'est ainsi que tous les auteurs ont signale l'*avortement* comme une cause locale prédisposant fréquemment aux affections utérines.

Aran évalue aux deux tiers environ de toutes les affections utéro-ovariennes, celles qui viennent après l'accouchement et l'avortement, et à un quart, celles qui atteignent les accouchées, en dehors d'une relation directe avec la parturition, et à un dixième celles que l'on observe chez des femmes vierges ou nullipares.

M. Courty accepte ces chiffres.

Si je consulte le relevé des malades qui ont été soignées dans mon service depuis le mois de janvier 1877, je vois que sur 71 métrites observées :

32 l'ont été chez des femmes ayant eu une ou plusieurs grossesses,
17 chez des nullipares,
1 chez une vierge,

et que 21 fois les renseignements à ce sujet n'ont pas été mentionnés.

Cette statistique se rapproche donc assez de celle d'Aran; elle serait même plus élevée. Je ne puis néanmoins lui accorder encore une grande valeur, car elle porte sur un trop petit nombre de faits. Dans quelques années au contraire, je serai à même de vous fournir des résultats plus concluants.

Il est indispensable d'observer après l'avortement les mêmes précautions que je vous ai conseillées après l'accouchement. Je n'ai jamais eu qu'à me louer de les prolonger jusqu'à ce que la matrice soit revenue complètement sur elle-même et à sa place; les fausses couches, en effet, semblent plus encore que celles qui se font à terme et naturellement, disposer l'utérus à devenir malade et l'exposer davantage aux engorgements, aux congestions tenaces, aux inflammations chroniques.

Ne vous étonnez pas non plus de voir alors d'anciennes affections utérines présenter une nouvelle acuité et survenir des rechutes, parfois très-graves, en tout cas très-fréquentes.

Le rôle de la *ménopause* est assez marqué; aussi dans cette étude je ne puis passer sous silence cette époque, dite à juste raison critique. En effet, à cette période ultime de la vie génitale de la femme, il survient des hyperémies plus ou moins fréquentes, plus ou moins intenses, suivies d'évacuations critiques rares et en tout cas insuffisantes, qui favorisent singulièrement l'éclosion des maladies diathésiques surtout et par suite le développement des affections utérines. C'est une puissante cause locale, elle provoque, elle attire la manifestation sur l'organe tourmenté, et constitue ainsi un *appelant* énergique, comme vous pouvez aisément vous en convaincre par la seule statistique des cancers utérins qui se montrent à cette époque si généralement redoutée des femmes (thèsé deDanlos, 1874).

C'est toujours par le même mécanisme, par la répétition des mouvements fluxionnaires,, et en vertu des congestions entretenues dans l'utérus et des troubles circulatoires consécutifs que s'explique l'action de certaines causes prédisposantes lo-

cales qu'il me reste à vous faire connaître. Je veux parler des rapports sexuels pratiqués soit d'une manière excessive, soit d'une façon incomplète, ou bien en temps inopportun; je veux parler aussi de certaines manœuvres illicites dont il ne faut pas que le médecin se dissimule la fréquence ou méconnaisse les effets, sans cependant les exagérer.

Les *rapports sexuels* ont sur le développement et surtout sur la perpétuation des affections utérines une influence incontestable mais à laquelle certains auteurs, West et Churchill, en particulier, ont accordé une importance démesurée.

Dieu merci ! ces actes ne sont pas responsables de tous les accidents qu'on leur a attribués et l'accomplissement de ces fonctions physiologiques n'entraîne pas tant de fâcheuses conséquences.

Pour apprécier avec précision et justesse leur action nocive, il faut considérer les cas les plus simples.

La question change évidemment si on ne l'envisage que chez de jeunes époux et dans une période où elle se complique presque toujours d'excès plus ou moins considérables. Il faut alors faire la part des congestions intenses entretenues presque en permanence dans les organes surmenés; de là il n'y a pas loin à l'inflammation soit totale, soit partielle; et ces tendances à la métrite sont encore fortement augmentées par le traumatisme qui alors intervient toujours dans le coït, soit par suite d'une ardeur excessive, soit en vertu de la disproportion des organes. Qui n'a observé cette métrite mécanique, connue encore sous le nom bien choisi de métrite par balistique? N'oubliez pas non plus les fatigues de toutes sortes dont les jeunes mariés s'accablent comme à plaisir précisément dans un temps où, venant de s'unir, tout entiers à leur bonheur, ils devraient surtout observer le calme et la tranquillité pour toutes les autres choses de la vie. Mais tout conseil est alors infructueux, impuissant devant la mode ou l'entraînement. La voix de la raison, les avertissements de l'expérience se perdent au milieu du tumulte des réunions et des réjouissances qui se succèdent immuablement les unes aux autres. Ces divers procédés d'exténuation ne suffisent pas encore et il semble indispensable

aux nouveaux époux d'ajouter, aux fatigues sexuelles, les seules explicables mais inévitables alors, toutes celles qu'ils se causent volontairement par les promenades à pied ou en voiture, les secousses de l'équitation, les voyages et les excursions dans des pays plus ou moins éloignés, mais toujours inconnus pour eux. Vous voyez, Messieurs, de combien d'adjuvants et de coïncidences défavorables à la santé, les rapports sexuels ont besoin pour devenir nuisibles. Ne croyez pas d'ailleurs que ce soit à plaisir que j'ai réuni comme dans un faisceau artificiellement unique, toutes les conditions capables de troubler par des souffrances et par la maladie la joie et l'entrain du jeune ménage, vous reconnaîtrez plus tard dans votre clientèle privée que je vous ai fidèlement rapporté les faits et que toutes ses circonstances se trouvent toujours, comme d'elles-mêmes, invariablement rassemblées, et dès lors, vous vous expliquez facilement, par tant de causes palpables, l'apparition fréquente des affections de l'appareil génital chez les jeunes femmes nouvellement mariées, tout en allégeant notablement les rapports sexuels de la lourde responsabilité que l'on a tenté de faire peser sur eux.

De même, ce ne sera pas l'acte génital même mais bien l'opportunité qu'il faudra accuser si, à la suite de coïts fréquemment exercés pendant la période menstruelle, vous voyez survenir des accidents. Ceux-ci seront dus à des congestions, à des inflammations, à des suppressions brusques de l'évacuation sanguine ou bien à de graves hémorrhagies internes, à des hématocèles rétro-utérines ainsi que mon excellent maître M. le professeur Tardieu l'a constaté chez une fille publique morte après des coïts pratiqués pendant les règles.

Mais s'il y a lieu de donner le conseil de ménager la femme qui a ses règles à cause des dangers possibles que je viens de vous signaler, il faut bien savoir que le coït peut-être effectué et qu'il a été souvent accompli pendant la période menstruelle sans avoir été suivi d'inconvénient.

Une action bien plus efficace de l'accomplissement des fonctions génératrices est celle qui consiste à *entretenir*, à *perpétuer*, à *aggraver* une affection utérine. Celle-ci en effet résistera à tous

vos soins si la malade ne se soumet pas à l'abstinence sexuelle. Vous serez tous les jours à même de constater l'exactitude de cette proposition et vous observerez sans peine que, dans un hôpital, la guérison s'obtiendra plus facilement et plus rapidement qu'en ville. Mais par contre, vous serez frappés de la plus grande fréquence des rechutes due à la condition sociale des malades, qui, à peine guéries, se livrent aux mêmes excès et s'exposent aux mêmes accidents.

C'est aussi en ralentissant la marche, en prolongeant la durée, en retardant la guérison des affections utérines qu'agissent certaines causes prédisposantes locales que je ne puis omettre de vous signaler dans l'étude de la pathogénie des affections utérines; je veux parler du *coït incomplet*, sans conclusion naturelle, des *manœuvres illicites* et des différentes formes de la débauche solitaire ou en commun, telles que la *masturbation*, la *manuélisation*, le *saphisme*, suivant l'expression par laquelle Marion Sims a caractérisé les habitudes des femmes lesbiennes contemporaines de Sapho, etc., etc. Je ne crois pas, pour notre part, qu'au point de vue de la pathogénie utérine ces actes soient passibles de tous les méfaits que West et d'autres auteurs se sont complus à leur imputer, et qu'on puisse notamment leur attribuer certaines affections utérines de la matrice, telles que l'hypertrophie utérine, par exemple. Je pense que ces manœuvres agissent davantage sur d'autres organes, soit par des excitations répétées, sur le système nerveux (hystéricisme), soit par un affaiblissement progressif, sur l'état général (chloro-anémie, troubles digestifs, etc.), et que leur rôle, dans les maladies qui nous occupent, consiste bien plutôt dans l'entretien, dans l'aggravation et dans le rappel que dans la production directe et même que dans la prédisposition, en faisant jusqu'à un certain point éclore les manifestations diathésiques.

Il ne m'est d'ailleurs pas possible, aujourd'hui, d'être plus explicite sur ce point de pathogénie. J'ai déjà vu plusieurs cas où ces causes devaient être invoquées à l'exclusion de toute autre, dernièrement encore j'étais consulté par une dame de 28 ans atteinte de métrite chronique assez intense

et chez laquelle le coït n'avait jamais eu lieu. Par conséquent, ni grossesse ni accouchement, soit naturel, ni prématuré, ne pouvaient être invoqués pour expliquer la métrite chronique avec antéversion, qui, développée sous l'influence du lymphatisme, était entretenue par un saphisme presque quotidien. Pour leur assigner exactement la place qu'elles méritent, j'ai encore besoin de matériaux et de renseignements plus nombreux, plus complets. Dans quelques années je serai à même de produire une statistique réelle et précise, car, dans cet hôpital, les malades abondent, et les observations de toutes les femmes, qui passent dans notre service, sont, à tous ces points de vue comme aux autres, prises avec le plus grand soin par mes élèves.

Le *défaut d'allaitement* après les couches est considéré comme une cause fréquente d'affections utérines par Aran, Scanzoni, M. Courty et d'autres. Ainsi Aran a constaté que sur cent femmes atteintes de maladies de matrice, soixante-dix n'avaient pas nourri. A ce sujet M. Courty s'exprime ainsi : « La fluxion considérable et continue, que l'allaitement entretient sur les mamelles, détourne les mouvements fluxionnaires qui se porteraient sur l'utérus, avec d'autant plus d'efficacité que ces deux organes sont rattachés l'un à l'autre par un lien sympathique non équivoque, et, par conséquent, aide les actes de résolution et de résorption qui tendent à dissiper la congestion et l'engorgement de la matrice. » Il ajoute plus loin : « L'allaitement est encore utile en empêchant la menstruation et par conséquent la fluxion et la congestion qui la caractérisent ; il empêche enfin le retour prématuré de la grossesse. »

Quoi qu'il en soit de l'explication, fort plausible d'ailleurs, j'admets le fait sur lequel je reviendrai lorsque, l'année prochaine, je m'occuperai des congestions utérines et des endométrites en particulier.

Pour terminer, Messieurs, ce qui a trait aux causes prédisposantes locales, il me reste à examiner avec vous la part qui revient, dans la pathologie utérine, à certaines conditions de la femme, telles que la *virginité*, la *stérilité*, le *célibat*.

Certains auteurs ne craignent pas d'attribuer à la stérilité ou au célibat les fibroïdes, les polypes, le cancer de l'utérus. Je

pense, à ce sujet, comme Courty, qu'il n'y a entre ces faits aucune relation de cause à effet.

Il est certain que la stérilité doit exempter la femme d'un certain nombre d'affections utérines, de toutes celles évidemment que nous avons vues ressortir de la grossesse et de l'accouchement. Je vous ai signalé à ce propos la solidarité pathologique qui existe entre l'utérus et ses annexes et qui s'explique aisément par la communauté des fonctions du système utéro-ovarien. Or c'est surtout à l'occasion de la gestation et de l'expulsion du produit de la conception que s'enflamment les annexes de l'utérus; et vous savez, d'autre part, avec quelle facilité l'inflammation se propage, par l'intermédiaire de la séreuse péritonéale, de l'utérus à la trompe et à l'ovaire et plus souvent encore de l'ovaire à la trompe et à l'utérus.

Les femmes stériles ne seront donc pas atteintes de ces derniers accidents, qui, sans contredit, occupent une large place dans les maladies spéciales au sexe; elles ne seront nullement à l'abri des affections dues au développement et à la localisation des états constitutionnels ou des diathèses. Je dirai plus : souvent c'est parce que la cause véritable et primitive de l'affection utérine est restée inaperçue et le traitement mal dirigé, que la stérilité existe et persiste. C'est ce que n'ont pas vu les médecins localisateurs ; pour n'avoir pas tenu compte des manifestations constitutionnelles dans la pathogénie des affections utérines, ils ont méconnu la filiation de la stérilité et ont donné aux faits une mauvaise interprétation. En effet, que l'on vienne à faire disparaître l'affection utérine, et la stérilité disparaîtra, *sublatâ causâ, tollitur effectus*. C'est là le succès de certaines eaux minérales, les résultats, parfois merveilleux, obtenus à Ems, par la source aux garçons (Bubenquelle), n'ont pas d'autre cause.

Quant au *célibat*, il a bien à compter avec les conséquences des troubles menstruels et des traumatismes possibles, mais c'est encore l'état diathésique qui doit être ici le plus souvent invoqué. Les cas de cancers, chez de vieilles filles vierges, sont loin d'être rares. Cette opinion est partagée par M. Courty; de même, M. Pidoux déclare que, sauf les maladies constitutionnelles,

les femmes vouées au célibat, telles que les religieuses, ne présentent que rarement des affections utérines. Il a observé que ces femmes au moment de leur entrée au couvent, présentent souvent de la leucorrhée, de la dysménorrhée, etc., puis que, peu à peu, sans traitement et sous l'influence seule de la vie claustrale, à l'abri de toutes les émotions mondaines qui retentissent parfois si douloureusement sur le centre génésique de la femme, elles acquièrent une santé meilleure; elles ont des règles de moins en moins pénibles, de plus en plus rares, si bien que chaque mois, c'est à peine si quelques taches de sang, laissées sur leur linge, viennent leur rappeler qu'elles sont femmes dans le sens physiologique du mot. Concurremment avec cet affaissement de la vitalité de l'utérus qui se flétrit par l'inertie et l'oubli dans lesquels il est plongé, contrairement aux desseins de la nature, on constate une atrophie proportionnelle de la glande mammaire.

M. Tillot pense, avec raison, que ces faits n'ont aucune valeur contre la doctrine des maladies constitutionnelles et diathésiques; car, en l'absence de causes prédiposantes locales, c'est-à-dire de moyens adjuvants, la diathèse prend un autre cours et va se jeter sur un autre organe ou sur un autre système.

En gynécologie quelle est la part qui revient à la *virginité?* Il faut encore ici scinder la question et se demander quelles affections surviennent de par la virginité? Vous observerez, en effet, Messieurs, des affections utérines chez les femmes vierges. Sans nul doute, elles sont moins fréquentes que dans le cas contraire, d'abord parce que les sujets sont bien moins nombreux, mais elles sont loin d'être absolument rares. Chez ces malades vous rencontrerez la fluxion, la congestion utérine, la leucorrhée, le catarrhe utérin et même la métrite, souvent les déplacements de la matrice et particulièrement l'antéversion, qui n'est alors que l'exagération de la disposition normale. Les vierges, en effet, n'échappent ni aux traumatismes, ni aux diathèses, et sont atteintes les unes de métrites mécaniques, les autres de métrites constitutionnelles : strumeuse, cancéreuse, etc. Rappelez-vous cette jeune fille vierge, âgée de 16 ans, qui vint dernièrement à ma consultation et qui portait tous les attributs d'un lymphatisme

prononcé. On pouvait constater tous les symptômes et les signes fonctionnels de la métrite strumeuse, entre autres le tiraillement ombilical, et en même temps ceux de l'antéversion. Vous trouverez d'autre part dans la salle Saint-Alexis, au lit nº 46, un exemple de métrite traumatique chez une vierge; il s'agit d'une fille, âgée de 25 ans, qui exerçait pendant dix et douze heures chaque jour le pénible métier de mécanicienne. Au bout d'un certain temps elle éprouva des tiraillements dans le ventre et sentit un beau jour un de ses organes abdominaux se déplacer, « se décrocher », suivant son expression. Il s'était produit une sorte de subluxation utérine par suite de la distension et du tiraillement des ligaments suspenseurs.

La malade vint me trouver et j'ai constaté tous les signes fonctionnels de la métrite, un écoulement muqueux abondant, des troubles menstruels, des douleurs abdominales, etc., et une antéversion prononcée.

D'autre part, chez la vierge, les troubles dans les fonctions physiologiques de l'utérus, notamment ceux de la menstruation, agissent comme cause prédisposante, adjuvante et éveillent les manifestations constitutionnelles, dans lesquelles réside la véritable pathogénie. Les auteurs Aran, Bennett, Nonat, Courty, en citent de nombreuses observations. Ils font remarquer, avec raison, que le corps utérin et la muqueuse du corps sont plus souvent atteints que le col et que la muqueuse du col utérin. Ces faits sont importants à signaler et à retenir ; car, c'est parce qu'on n'admet pas facilement la métrite chez la vierge, qu'on méconnaît certains accidents sympathiques. De là, pour les médecins, des méprises fort préjudiciables aux malades, car les accidents persistent, rebelles et tenaces, tant que la métrite n'a pas été prise à partie. On trouve, dans Nonat entre autres, un exemple de paralysie symptomatique d'une métrite chez une vierge. Nous aurons d'ailleurs bientôt à parler de ces singulières complications.

Relativement à l'*hérédité* des affections utérines, vous ne serez pas étonnés de me voir l'admettre du moment que, dans leur pathogénie, je fais jouer un rôle si considérable aux états constitutionnels et diathésiques. L'hérédité de consti-

tution et de tempérament entraîne aussi la disposition héréditaire. M. Pidoux a dit avec raison qu'une affection ne peut être constitutionnelle sans être héréditaire. M. Courty ayant vu des femmes atteintes de cancer utérin dont étaient mortes leurs mères, admet, pour le cancer, l'hérédité directe.

Quant à l'*âge* auquel on observe le plus communément les affections utérines, c'est certainement pendant celui de l'activité sexuelle, alors que les fonctions génératrices s'accomplissent avec le plus d'énergie, les rapports sexuels avec le plus de fréquence, les grossesses avec le moins d'intervalle ; ainsi, M. Nonat, sur 300 cas de métrite, en a observé 155 de 20 à 30 ans. Aran, sur 100 cas, en a vu 62 chez des femmes de 20 à 30 ans. J'ai classé les 71 métrites qu'il m'a été donné d'observer depuis le mois de janvier, par séries de cinq ans et je trouve les résultats suivants :

20	chez des femmes de	15 à 20 ans.
27	»	20 à 25 »
16	»	25 à 30 »
8	»	30 et plus.

Après la ménopause, les affections utérines, outre qu'elles sont plus rares, peuvent exister depuis longtemps sans déterminer de vives douleurs, ni provoquer de troubles sympathiques. Elles peuvent rester, dit M. Courty, indéfiniment pour ainsi dire à l'état latent.

Maintenant, Messieurs, que j'ai développé devant vous la doctrine pathogénique des affections utérines que je professe, est-ce à dire que je veuille rapporter à cette doctrine toutes les affections de l'appareil utéro-vaginal; que j'aie la prétention de la voir dominer d'une façon absolue toute la pathogénie utérine et de faire inflexiblement rentrer toute cette dernière dans le cadre que je viens de tracer ? Evidemment non ; et ce serait commettre une étrange erreur, que de ne pas vouloir tenir compte d'un assez grand nombre de faits qui échappent à cette doctrine. Je veux parler des affections utérines qui se développent à la suite de causes traumatiques, telles que blessures, chutes, contusion abdominale, qui se développent par

suite de la propagation inflammatoire ou même qui résultent de la contagion. Il est évident que ces affections aiguës, passagères, accidentelles, disparaissent souvent sans laisser de traces, ni réveiller l'éclosion d'une maladie constitutionnelle ou diathésique, qui, d'ailleurs, peut bien ne pas exister, car l'individu n'est pas fatalement voué à une maladie constitutionnelle ou diathésique. Des faits existent donc, et même en assez grand nombre, je le répète, qui sont indépendants ; il ne saurait donc y avoir de discussion sur l'existence des affections utérines non constitutionnelles ou non diathésiques. Mais tous ces faits ne contredisent nullement la doctrine que je soutiens, doctrine que je considère comme parfaitement exacte et que je vous rappellerai en terminant ce trop long exposé de pathogénie, parce que, suivant moi, elle domine toute la pathologie des organes génitaux et sexuels de la femme.

Une affection chronique de l'utérus est toujours la conséquence d'une maladie constitutionnelle ou d'une diathèse, la chlorose étant regardée comme telle. C'est cette doctrine des maladies chroniques que M. Pidoux a résumée par cet aphorisme : « L'affection aiguë est la maladie de l'espèce, la chronique est celle de l'individu. »

Pour que la pathogénie des affections utéro-vaginales soit complète, il me reste, Messieurs, à vous exposer en quelques mots le mode de leur développement.

Développement des affections utérines. — Je n'ai pas à m'étendre sur le développement des affections contagieuses ou traumatiques; leur origine nous est connue, et d'ailleurs j'y reviendrai à propos de la description de chaque affection utérine ou vaginale. Le point important qui nous intéresse aujourd'hui est le suivant : Comment se développent les affections utéro-vaginales chroniques sous l'influence des maladies générales? On peut leur reconnaître deux modes de développement : Emanent-elles d'un produit morbide spécial (tubercule ou cancer), ou sont-elles constituées par un produit éruptif, soit eczémateux, soit herpétique à la surface de la muqueuse ; ou bien encore résultent-elles de troubles purement

fonctionnels, nutritifs, circulatoires ou nerveux, elles sont *primitives* ou *protopathiques*. Si elles dépendent au contraire d'une des causes prédisposantes précédemment signalées, dont l'action aurait appelé et fixé sur l'utérus une manifestation de l'état général, elles seront *secondaires*, *consécutives* ou *deutéropathiques*.

Dans le premier cas, le développement est facile à comprendre : l'irritation produite dans les tissus par le produit morbide ou éruptif explique le processus inflammatoire de ces affections, de telle sorte que nous émettons d'un seul coup le diagnostic anatomique, le diagnostic pathogénique et le diagnostic nosologique. Malheureusement tous les cas ne se prêtent pas à une telle facilité; ce sont surtout ceux qui résultent d'un trouble fonctionnel, nutritif, circulatoire ou nerveux, c'est-à-dire ceux de la deuxième catégorie. Ici le triple diagnostic est souvent fort difficile; le diagnostic anatomique est parfois le seul possible. Nous constatons la lésion utérine (diag. anat.), mais son processus, sa nature nous échappent; aucune éruption, aucun produit spécial n'existent pour nous mettre sur la voie. D'où viennent ces difficultés? Les femmes n'osent pas tout d'abord se plaindre, avouer qu'elles ont les organes sexuels malades; elles retardent, elles temporisent, elles attendent qu'elles soient très-souffrantes, qu'elles soient poussées à bout par la douleur et par les tourments pour en faire l'aveu à leur médecin et pour lui demander un conseil; lorsqu'elles se décident, l'éruption caractéristique, l'accident primordial s'est modifié, altéré ou bien même a disparu.

Bien plus, après bien des délais, des retards, si les malades se décident à recourir à la science, ce n'est pas leur médecin ordinaire qu'elles choisissent de préférence, mais un inconnu, pour lequel elles sont aussi des inconnues, de même que leur constitution et leur prédisposition héréditaire. Il en résulte que le médecin n'est consulté qu'après la disparition des manifestations éruptives caractéristiques ; et, comme à part quelques symptômes fonctionnels spéciaux, quelques lésions plus accentuées dans certaines formes d'affections que dans certaines autres, les lésions et les symptômes fonctionnels des affections

utéro-vaginales constitutionnelles ou non, sont presque identiques, pour ne pas dire identiques, vous comprenez combien il peut être épineux et ardu d'établir rétrospectivement la nature de l'affection qu'on a sous les yeux, d'en fixer le processus pathologique et d'en poser les diagnostics nosologique et pathogénique. On y peut arriver néanmoins, et l'on y arrive communément si l'on a soin d'interroger attentivement les antécédents, l'état général de la malade, si l'on recherche scrupuleusement sur la peau et sur les autres muqueuses, les traces ou les vestiges des manifestations par lesquelles l'état constitutionnel ou diathésique a pu antérieurement se montrer. En effet, Messieurs, l'affection utéro-vaginale se développe rien que par le fait de la maladie constitutionnelle en puissance chez la femme, sollicitée ou non par une des causes prédisposantes déjà signalées. Or, pour se constituer sur la muqueuse utéro-vaginale, pour se fixer sur l'appareil génital, elle suit un processus morbide non pas différent, mais identiquement semblable à celui qu'elle affecte pour se déterminer sur les autres muqueuses, sur les autres organes.

Il y aura donc, entre ces manifestations, diverses par le siége, mais identiques par la nature, un lien commun qui sera pour le médecin un guide bien précieux.

Prenons, si vous le voulez bien, pour exemples, les muqueuses buccales, pharyngées, laryngo-bronchiques. Sous l'influence d'un simple trouble fonctionnel, d'une simple irritation produite par la fumée du tabac, par un abus de la parole ou d'une légère inflammation résultant d'un refroidissement, nous voyons survenir des angines, des laryngites granuleuses d'origine strumeuse, arthritique ou herpétique, se caractérisant par des granulations de la muqueuse, une vascularisation plus grande, du boursouflement des tissus, une sécrétion muqueuse spéciale. De même, un simple trouble irritatif suffira lorsque le terrain est préparé, lorsque la diathèse préexiste, pour amener la tuberculisation pulmonaire. La diathèse était virtuelle; son éclosion est sollicitée par une cause souvent des plus légères ; elle éclate, avec tout le cortége de ses symptômes habituels, avec ses caractères spéciaux, avec sa marche chronique.

Dans un autre ordre d'idées, ne suffit-il pas souvent, pour voir apparaître les manifestations d'une maladie chronique, d'une chute, d'un coup, d'un simple traumatisme sur une région quelconque du corps, d'une vive émotion ? Ne savons-nous pas qu'un accès de goutte peut apparaître à la suite d'une secousse physique ou morale, à la suite par exemple d'une violente colère, d'un grand chagrin ou d'une vive joie? Laissez-moi, à ce sujet, vous conter le fait suivant : Un de mes clients, rhumatisant et goutteux, voit à l'âge de 20 ans, un premier accès de goutte survenir après un érysipèle de la face. Il est atteint plus tard de rhumatisme musculaire, ensuite d'une violente attaque de rhumatisme articulaire aigu, consécutive aussi à un érysipèle de la face. Vingt ans après l'accès de goutte signalé plus haut, un deuxième éclate brusquement à la suite d'une violente émotion.

Ne voyons-nous pas encore, ainsi que Noël Gueneau de Mussy en a rapporté un exemple, une manifestation cutanée herpétique succéder à la bénigne irritation de la peau sur laquelle avait été simplement appliqué un topique opiacé ? D'où l'indication de ne jamais appliquer de cataplasme de farine de graine de lin sur la figure d'individus prédisposés à des manifestations d'une maladie constitutionnelle, de n'employer que la crème de riz ou la fécule de pommes de terre.

Eh bien, Messieurs, il en est de même pour la muqueuse utérine; il suffit d'une émotion morale vive, d'un trouble léger dans la circulation, la nutrition ou l'innervation, d'un traumatisme quelconque, et à plus forte raison de l'apparition d'une des causes prédisposantes locales citées plus haut, pour voir survenir une affection chronique se traduisant alors par des phénomènes morbides en rapport avec l'organe attaqué. Il serait, en effet, véritablement bizarre que l'utérus soumis à des troubles si variés, voué à des fonctions si importantes, qu'un organe qui joue dans l'organisme de la femme un rôle si considérable, échappât aux influences constitutionnelles, si désireuses d'ordinaire de laisser partout leur empreinte.

Cette doctrine, d'ailleurs, du processus des affections utérines a déjà été défendue par des hommes de grand talent; et dont

nous vous avons déjà cité les noms : Huguier, MM. Gosselin, Bazin, Pidoux, Noël Gueneau de Mussy, Durand-Fardel, Peter, Tillot, etc. Ecoutez encore ce que dit ce dernier dans l'excellent travail que je vous ai si souvent signalé dans le cours de ces leçons à propos de l'explication du processus des affections utérines : « La diathèse strumeuse établit de bonne heure son influence morbide dans l'économie; c'est elle qui donne lieu à la plupart de ces leucorrhées rebelles et tenaces. L'affection, d'abord limitée aux follicules du col (Morgagni, Huguier), gagne le parenchyme de cette partie de l'organe et y détermine un travail d'hypertrophie, amène sur le museau de tanche des granulations simples ou fongueuses, des ulcérations, des érosions; d'autres fois, le catarrhe se supprime pour une raison ou pour une autre et il se fait une fluxion inflammatoire sur les ligaments larges ou sur les ovaires. » Plus loin, il ajoute : « Les diathèses ont non-seulement des manifestations locales caractérisées par des lésions mais aussi par de simples troubles fonctionnels. Chez les scrofuleuses, rien n'est plus fréquent que de voir de l'aménorrhée, de la dysménorrhée. »

Avec MM. Bazin et Gueneau de Mussy j'ajouterai que les mêmes troubles s'observent chez les syphilitiques, chez les herpétiques, chez les arthritiques. Que chez ces femmes une influence quelconque survienne et nous verrons, comme le dit M. Desnos, une métrite se développer et devenir rebelle à la thérapeutique, si la scrofule, et j'ajouterai l'herpétisme, l'arthritisme et la syphilis, ne sont pas modifiés.

Quant au mode d'action de la chlorose sur le développement des affections utérines, M. Tillot s'exprime ainsi : « L'influence qu'exerce cette altération du sang sur le système nerveux peut l'expliquer. On sait quelle est la part que prennent les altérations des nerfs sur le développement des maladies : on connaît les résultats que M. Cl. Bernard obtient par la section du grand sympathique (phlegmasies, suppurations); eh bien, la chlorose agit en diminuant l'innervation du système utérin, elle pervertit ses sécrétions, et, du travail fonctionnel morbide, fait arriver la muqueuse à l'état de phlegmasie. »

Voici, à ce sujet, comment s'exprime Andral, dans sa Clinique

médicale : « C'est se fonder sur une analogie raisonnable et ne point s'écarter de loin d'une saine philosophie que d'admettre que, dans tous les cas où les principaux agents de la vie, le sang et le système nerveux, ne nourrissent et n'excitent pas suffisamment les organes, la force toute vitale d'agrégation par laquelle sont réunies les différentes molécules des tissus vivants, cette force, dis-je, cesse d'avoir son intensité physiologique : de là diminution de la cohésion de ces tissus et leur ramollissement. »

M. Pidoux a dit de même : « Si, sous l'influence de la chlorose, il se produit du spasme dans le cœur et les artères, pourquoi n'agirait-elle pas de la même façon sur l'utérus, en y déterminant des spasmes accusés par les douleurs ou par des sensations de poids ou d'embarras dans la région, si communes chez les femmes ? »

Quoi qu'il en soit de ces diverses explications données sur le développement, par la chlorose, des affections utérines, retenons, Messieurs, ce fait, c'est que cette influence est indéniable.

Pour terminer cette trop longue étude pathogénique qui se trouve cependant justifiée par son importance, puisque presque toute la thérapeutique des affections utérines en découle, je crois ne pouvoir mieux faire que de vous rapporter l'opinion ingénieuse du docteur Pidoux sur cette question de pathogénie. Ce sera en quelque sorte le résumé de la doctrine que je viens de vous exposer, et dont le point capital et sur lequel je me suis efforcé fortement d'attirer votre esprit et votre attention, consiste à faire bien ressortir le lien intime qui unit presque *toujours les affections chroniques de l'utérus aux maladies constitutionnelles ou diathésiques.*

Sous le nom de *dysmétrie*, le savant inspecteur des Eaux-Bonnes désigne toutes les lésions, toutes les altérations fonctionnelles de l'utérus. « Il y a, dit cet auteur, dans l'économie, un viscère que l'on peut rapprocher de l'utérus, c'est l'estomac, qui est le centre de la vie de conservation, comme l'utérus est le centre de la vie de reproduction. Quand l'estomac fonctionne mal et qu'il y a douleur, excitations, ballonnement, etc., on dit

que l'estomac est atteint de dyspepsie. Cette dyspepsie n'est ni une inflammation, ni une ulcération, ni une névralgie; elle peut être tout cela à la fois, ou bien ne contenir qu'un seul de ces éléments, mais c'est avant tout une dyspepsie, c'est-à-dire une perversion du sens gastrique, et, de cette aberration de sensibilité fonctionnelle découle tout le cortége des affections de l'estomac. » Cette définition de la dyspepsie nous conduit à celle que je vous ai donnée de la dysmétrie. « Vous trouvez au toucher, continue M. Pidoux, de l'engorgement, une déviation; au spéculum, vous constatez une érosion, des granulations, un catarrhe, etc., il y a là de la dysmétrie. »

« C'est la dysmétrie qui domine toutes les lésions de l'utérus; c'est elle qui les entretient, qui les anime, et c'est à cette aberration de la sensibilité organique de l'utérus qu'il faut attribuer toutes les lésions du centre de reproduction de la femme. Mais cette dysmétrie, ce canevas sur lequel viennent se dessiner toutes les affections utérines, d'ou vient-elle? à quoi tient-elle? c'est l'expression d'une diathèse; elle vient du blastème, elle est inhérente à la femme, elle est venue au monde avec elle et elle l'accompagnera pendant tout le cours de sa vie sexuelle. Toute femme dysmétrique est donc exposée à des souffrances utérines qui se traduisent par toutes sortes de lésions. A un moment donné, la diathèse, sous l'influence de laquelle se trouve placée la femme, va s'éveiller dans tout l'organisme et l'utérus en sera le centre; voilà tout. Qu'une circonstance occasionnelle, une grossesse, un accouchement se présente, la diathèse est là, en puissance et, frappant l'utérus, elle frappe tout l'organisme. Ainsi, il y a, pour l'évolution de la dysmétrie, deux conditions nécessaires : la première, c'est une cause prédisposante diathésique; la seconde, c'est une cause occasionnelle déterminante. »

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

De la tendance pyogénique pendant la grossesse et l'état puerpéral. — De l'époque à laquelle on doit opérer après l'accouchement. Par M. Verneuil. — Notre discussion de l'an dernier sur les rapports réciproques du traumatisme et de la grossesse a, malgré son étendue, plus d'un point obscur et plus d'une lacune à combler. Sans vouloir recommencer le débat, je vais aujourd'hui vous communiquer quelques observations inédites capables d'avancer la solution de certaines questions en suspens. Vous verrez là sans doute une preuve de la ténacité avec laquelle je cherche à faire prévaloir mes opinions, ténacité que du reste je ne cherche point à dissimuler.

J'avais avancé que la femme enceinte et la nouvelle accouchée avaient une tendance marquée à faire du pus en abondance, et j'invoquai deux observations personnelles; celle d'une femme atteinte de phlegmon de l'orbite à la suite de l'injection de quelques gouttes de teinture d'iode dans le sac lacrymal, et celle d'une autre femme qui à la suite d'une légère piqûre du pouce avait été affectée d'un phlegmon sérieux de la main.

Je m'appuyais aussi sur deux observations de MM. Nicaise et Ledentu qui avaient observé un retour de la suppuration pendant la période puerpérale dans deux plaies créées pendant la grossesse et qui étaient presque cicatrisées au moment de l'accouchement.

Mon honorable contradicteur, M. Guéniot, contesta cette assertion, n'ayant pas remarqué dans les périodes susdites l'augmentation de la suppuration.

Pour moi, je conservai mon opinion, convaincu que les faits ne me manqueraient pas pour la confirmer.

Voici une observation récemment prise et qui me semble concluante.

Obs. — *Coxalgie datant de l'enfance, guérie depuis douze ans et réduite à l'état d'infirmité. — Grossesse à 19 ans. Retour de la douleur dans le membre affecté et apparition après l'accouchement d'un énorme abcès ossifluent.*

Au mois de février 1877, entra à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-

Augustin, une fille de 19 ans, de petite taille, pâle et chétive, atteinte d'une volumineuse collection purulente de la cuisse gauche, étendue de la région inguinale à l'anneau du 3e adducteur, molle, indolente, fluctuante, présentant en un mot tous les caractères des abcès froids ossifluents. Le membre correspondant présente de plus les déformations typiques de la coxalgie : raccourcissement apparent et réel avec atrophie notable des divers segments ; ascension du bassin, rotation en dedans, fausse ankylose, etc.

Voici les renseignements que nous recueillons sur les antécédents : Enfance maladive ; point d'éruptions cutanées, mais à 3 ans coxalgie traitée dans divers hôpitaux d'enfants et qui met trois ans à guérir. — Au bout de ce temps les douleurs cessent ; l'enfant marche d'abord avec des béquilles, qu'elle abandonne ensuite. — Depuis, la marche reste un peu gênée par la déformation du membre. Mais elle ne provoque aucune douleur ; la malade fait impunément de longues courses avec un soulier à talon élevé.

A 7 ans, engorgement ganglionnaire du cou qui suppure et laisse les stigmates accoutumés. — Santé très-bonne depuis lors.

A 18 ans, grossesse qui évolue normalement. — Cependant, dès le 2e mois les douleurs apparaissent à la face interne et supérieure du membre et finissent par rendre la marche presque impossible. On ne remarque néanmoins pas de déformation notable. — L'accouchement se fait à terme et sans accidents. — Mais bientôt la cuisse augmente de volume, d'abord vers la racine, puis à la partie moyenne.

Six mois après la délivrance la malade entre dans mon service où je constate l'énorme collection purulente que j'ai notée au début de ce récit. — J'hésite beaucoup à ouvrir cet abcès. — Je prescris un traitement général, le repos, une bonne alimentation, les badigeonnages avec la teinture d'iode, etc. Je permets la marche avec des béquilles. — Au bout de quinze jours, la malade un peu soulagée quitte l'hôpital ; je n'en ai point eu de nouvelles.

Tel est le fait dans toute sa simplicité.

Il me remet en mémoire une observation publiée, en 1874, sans idée préconçue par conséquent, dans la thèse d'un de mes élèves, M. le Dr Nony. Ce travail porte un titre significatif : *Retour de l'inflammation dans les lésions osseuses anciennes à la suite d'un état général grave.* (Thèse de Paris, 4 déc. 1874, no 462.)

Parmi les 6 observations concluantes qu'il renferme, s'en trouve une qui a trait au sujet actuel (page 26).

Obs. — Il s'agit d'une femme de 25 ans, accouchée à la Pitié, qui dit s'être bien portée dans sa jeunesse, bien qu'elle ait eu des engor-

gements ganglionnaires cervicaux. — A 14 ans, à la suite d'une chute sur le genou, elle est affectée d'une arthropathie à marche lente qui la tient quatre mois au lit, après quoi elle se lève et marche avec des béquilles. La tuméfaction et la douleur disparaissent; la jambe reste raide encore longtemps.

A 17 ans, première grossesse; vers la fin, gonflement du genou, inflammation de l'extrémité inférieure du fémur, accouchement naturel à terme; l'inflammation articulaire disparaît assez vite, la jambe revient à son état antérieur.

A 20 ans, nouvelle grossesse, nouvelle poussée inflammatoire dans l'articulation; mais à la face interne du genou, formation de deux tumeurs qui s'ouvrent en laissant écouler un liquide sanguinolent; fémur gros et douloureux. Après l'accouchement tout revient à l'état normal mais plus lentement que la première fois.

A 23 ans 1/2, troisième gestation; le genou gonfle encore et reste tel, à ce point que près d'un an après l'accouchement la marche est impossible. Au côté interne de la cuisse, un peu au-dessus de l'interligne articulaire, existe une tuméfaction du volume du poing, très-douloureuse, avec coloration livide de la peau et fluctuation profonde. M. Nicaise applique de la pâte de Vienne, puis incise l'eschare; l'ouverture donne issue à une assez grande quantité de pus sanguinolent; on constate une nécrose circonscrite du fémur; un trajet fistuleux s'établit; l'hydarthose du genou persiste.

La malade est sortie de l'hôpital quelques semaines après, fort soulagée mais non guérie.

Cette influence fâcheuse de la grossesse sur la masse des arthrites avait déjà été notée incidemment par Robert, de Coblentz, dans un mémoire sur les résections du pied. (Mittheilungen von Resectionen am Fuss. *Vierteljahrschrift*, Prag. 1855, IIIe vol.)

L'auteur fait remarquer (p. 11) que dans 4 cas l'affection survint pendant la période de fécondité et que 3 fois l'invasion coïncidait avec la grossesse ou l'état puerpéral. Il cite surtout l'observation très-concluante d'une ostéite du calcanéum et du cuboïde du pied gauche survenue à la suite d'un refroidissement pendant la lactation. — Extirpation des os malades. — Guérison sans régénération, mais avec possibilité de se servir du pied. — Récidive six mois après pendant le cours d'une nouvelle grossesse. Plus tard mort de phthisie pulmonaire.

Ces trois observations me paraissent établir nettement le pouvoir qu'ont la grossesse et la puerpéralité d'exciter la production du pus dans les foyers anciennement guéris d'ostéo-arthrite. — A la vérité toutes ces malades étant scrofuleuses, on pourrait dire que la dia-

thèse préexistante a singulièrement favorisé une terminaison qui n'aurait pas eu lieu chez d'autres sujets.

Il ne me répugne point d'accepter cette hypothèse, car elle conduirait à établir que la grossesse détermine tels ou tels accidents spéciaux suivant l'état constitutionnel des femmes enceintes. Il y a là une nouvelle série de recherches à faire et une inconnue que les accoucheurs sans doute s'efforceront de trouver. Toujours est-il que les faits qui précèdent prouvent au moins en certains cas la propriété pyogénique de la gravidité, ce que je voulais mettre en relief.

Le second point sur lequel je désire fournir quelques renseignements est relatif à l'époque où il convient de pratiquer les opérations après la grossesse.

Tout le monde est d'accord pour attendre que l'état puerpéral soit passé et on fixe à deux mois en moyenne le délai nécessaire. Or, cette détermination est un peu arbitraire. D'ailleurs les faits prouvent contradictoirement que l'on a pu agir impunément quatre ou cinq semaines après la délivrance, et au contraire voir naître des accidents graves dans le cours du 3e mois. Il faudrait, je crois, un autre critérium que la seule quantité de jours ou de semaines. Ici encore l'état antérieur de la femme à opérer doit être pris en très-sérieuse considération.

C'est ce que démontrent, je crois, les deux faits que je vais relater.

Il s'agissait dans l'un comme dans l'autre de déchirures du périnée s'étendant à la cloison recto-vaginale avec incontinence complète des matières intestinales. Les deux femmes étaient jeunes, appartenaient à la classe aisée, et fort incommodées par l'infirmité demandaient avec instance qu'il y fût porté remède.

Cédant à ce légitime désir, j'ai chaque fois, à mon avis, opéré trop tôt et vu naître des accidents inquiétants imputables indirectement à l'opération chirurgicale, directement au réveil d'états morbides antérieurs. J'avais pourtant atteint dans un cas et dépassé dans l'autre les deux mois qui passent pour suffisants.

Obs. — *Périnéorrhaphie un peu plus de deux mois après l'accouchement. — Marche favorable de la cure pendant les premiers jours. — Au dixième péri-ovarite intense, unilatérale d'abord, puis bilatérale: symptômes locaux et généraux alarmants. — Echec partiel de la suture. Rétablissement très-lent.*

Madame B..., 22 ans, primipare, accouchement long, laborieux, terminé par le forceps, dans les premiers jours d'octobre 1875. Large déchirure du périnée et de la cloison recto-vaginale.

Je vis, douze jours après l'accident, la malade, qui désespérée

voulait être opérée sur-le-champ. Un mois plus tard la déchirure était réduite mais définitivement constituée. Nouvelles instances de la malade; nouvel ajournement. Je voulais attendre la réapparition des règles, qui se montrèrent à la fin de novembre en quantité notable et sans douleur. J'aurais voulu gagner encore du temps, mais comme pour rassurer madame B... je lui avais dit que son opération était sans importance, elle protesta contre un nouveau retard et me pria de telle sorte que je l'opérai le 11 décembre après les préparations d'usage.

Pendant neuf jours les choses allèrent assez bien, si ce n'est que la patiente accusait sans cesse à la région opérée une douleur vive et dans l'abdomen un développement de gaz incommode. Le 10e jour, j'enlevai les fils ; la réunion semblait parfaite et je comptais sur un succès complet, lorsque le soir même une douleur violente surgit dans la fosse iliaque gauche au niveau de l'ovaire, avec fièvre, nausées, agitation, ballonnement et sensibilité de toute la partie inférieure de l'abdomen.

J'eus d'abord grand peur d'une péritonite, mais je fus un peu rassuré quand j'appris qu'avant son mariage madame B... était dysménorrhéique et éprouvait presque à chaque époque menstruelle, un ou deux jours avant l'apparition du sang, des accidents de même nature, moins intenses à la vérité. Il s'agissait donc seulement d'une de ces congestions ovariques si communes chez certaines jeunes femmes, et passée ici à l'état de péri-ovarite.

Les cataplasmes, les injections hypodermiques, *loco dolenti*, un large vésicatoire pansé avec de la morphine apaisèrent un peu la douleur à gauche, mais ne l'empêchèrent pas d'envahir à son tour la région de l'ovaire droit. Pendant une semaine cet état me causa d'assez vives inquiétudes.

Dès le 3e jour après le début des accidents, les règles étaient arrivées, fort en avance, mais peu abondantes. Pendant cette crise la réunion parut se maintenir ; mais le ballonnement du ventre et la constipation me forcèrent à administrer de l'huile de ricin ; la cicatrisation périnéale résista bien, mais non certains points de la suture vaginale, car l'apparition des matières fécales dans le vagin nous annonça un insuccès partiel. Nous reconnûmes plus tard une petite fistule recto-vaginale qui persiste encore. La santé fortement ébranlée a mis plus de trois mois à se rétablir ; pendant longtemps les fosses illiaques sont restées douloureuses et l'éruption des règles pénible. L'anémie surtout a résisté opiniâtrement.

(Extrait d'une observation du professeur Verneuil, *Mémoires de chirurgie*, t. Ier, p. 983.)

Obs. — *Albuminurie pendant la grossesse. — Accouchement laborieux. — Large déchirure du périnée. — Pleurésie. — Rétablissement lent. — Périnéorrhaphie au 5e mois. — Néphrite passagère.*

Madame C..., 22 ans, belle constitution, peau fine et blanche, embonpoint notable, issue d'une mère goutteuse, est atteinte au 6e mois de sa première grossesse d'œdème aux mains et aux jambes. Les urines renferment une notable quantité d'albumine. Accouchement à terme le 4 octobre. Travail fort pénible terminé par une application de forceps. Déchirure étendue du périnée et de la cloison recto-vaginale. La convalescence fut un peu difficile. L'urine ne contenait plus d'albumine. Cependant madame C..., s'étant levée dans les premiers jours de décembre, fut prise d'une pleurésie, heureusement sans gravité.

Appelé quelque temps après, je constatai la fissure périnéale, mais refusai de l'opérer avant le rétablissement complet de la santé générale, la guérison assurée de la néphrite et la réapparition régulière des menstrues. En janvier et février, je fis examiner de nouveau les urines qui parurent normales. Pressé par la malade et ne voyant plus de contre-indication, je prescrivis un bain, un purgatif, et commençai le traitement chirurgical le 17 février, quatre jours après la cessation des règles.

Pour accroître la bénignité de l'entreprise, je résolus d'employer la méthode de la réunion immédiate secondaire. En conséquence je fis l'avivement avec le thermo-cautère, créant de chaque côté deux surfaces triangulaires semblables à celles qu'on délimite avec le bistouri dans le procédé sanglant. Les eschares tombèrent le 5e et le 6e jour, et le 27 février, ayant sous les yeux deux surfaces granuleuses, recouvertes de beaux bourgeons, je fis la suture métallique; neuf points placés sur la paroi vaginale et sur la peau du périnée affrontèrent très-exactement les parties et donnèrent un résultat immédiat des plus beaux (1).

Les suites de l'opération, toutefois, furent pénibles, il ne se déclara point d'accidents sérieux, mais une série de petits insuccès suffisants pour troubler le repos. La région opérée devint le siége de cuissons très-vives et d'une hyperesthésie qui rendirent pénibles le moindre attouchement et le moindre mouvement. Le fil placé au voisinage immédiat de l'anus dut être enlevé le 5e jour, parce que le bouton de nacre entrait par ses bords dans les chairs et les excoriait, il y avait de la pesanteur à l'hypogastre et des envies continuelles d'uriner; le contact de la moindre goutte d'urine sur la ligne de réunion

(1) Je fis subir à mon procédé quelques modifications que je ne décrirai pas ici, entre autres, la suppression de la suture enchevillée.

causait une sensation insupportable, ce qui nous força à recourir au cathétérisme réitéré d'abord, puis à l'application permanente d'une sonde de caoutchouc rouge. Le séjour de cette dernière, à son tour, provoqua de l'uréthrite et un gonflement douloureux du méat urinaire. J'attribuai à l'irritation uréthro-vésicale des douleurs de reins qui se montrèrent à plusieurs reprises.

Il y avait inappétence complète, susceptibilité nerveuse manifestée par des pleurs, un grand découragement, la crainte de ne pas guérir, le regret de s'être laissée opérer, etc.

Les urines étaient fortement colorées, très-acides, et présentaient un léger nuage muqueux. Elles ne renfermaient pas d'albumine. Le ventre était légèrement ballonné, mais les gaz s'échappaient sans trop de peine par l'anus. L'opium à petites doses et les bains alcalins furent administrés sans grand succès.

Cependant les choses allaient bien au point opéré, ni gonflement ni rougeur sur la ligne des sutures; la réunion semblait s'effectuer en dépit des petits accidents précités. Le 6e jour, toutefois, un vomissement survint sans cause connue et madame C... sentit quelque chose se rompre, disait-elle, et m'assura que des gaz avaient passé par le vagin.

J'enlevai les fils le 13 mars, au 14e jour, et je pus m'assurer que le point vaginal supérieur avait cédé. Des gaz, un peu de matières fécales liquides s'engagèrent par cette voie; je cautérisai le pertuis avec le crayon de nitrate d'argent. Je prescrivis un purgatif qui donna issue à des matières abondantes. Cette évacuation fut difficile, douloureuse, et jeta pendant quelques heures madame C... dans un état de prostration extrême.

Tous ces symptômes cependant s'étant un peu calmés, je prescrivis quelques bains amidonnés et alcalins, en recommandant d'éviter avec soin tout refroidissement. Le premier, pris le 19 mars, fit grand plaisir à la malade, mais le second (21 mars) fut suivi d'une sensation de froid et d'un grand malaise. L'appétit disparut aussitôt; des vomissements opiniâtres survinrent, de nature bilieuse, la langue se chargea, la diarrhée se déclara, et le facies s'altéra considérablement.

En même temps la fièvre, qui jusque-là avait absolument fait défant, s'alluma en prenant le type intermittent. La température était assez basse le matin, la peau même était presque froide, mais le soir le thermomètre montait jusqu'à près de 40 degrés. Le ventre cependant n'était pas douloureux et il n'y avait nulle trace d'inflammation locale au périnée. Un émèto-cathartique fut administré sans donner de résultat. Je m'avisai alors d'explorer les régions rénales et je déterminai par la pression sur le rein gauche une douleur vive qui n'existait pas à droite. J'examinai encore une fois les urines qui,

par la chaleur et l'acide nitrique donnèrent un léger précipité albumineux.

Je fus dès lors éclairé sur la nature et la cause des accidents : il s'agissait d'un retour de la néphrite.

Je prescrivis en conséquence l'application sur la région rénale gauche de six ventouses légèrement scarifiées, et le sulfate de quinine à l'intérieur. Cette médication fit merveille. Elle arrêta sur-le-champ les vomissements et la fièvre vespérale. La sensibilité à la pression diminua également, mais comme elle persistait encore je fis renouveler trois jours après l'application des ventouses. La quinine ingérée pendant six jours, à la dose de 75 centigrammes, fut fort bien tolérée.

A partir de ce moment tous les accidents disparurent, et madame C... entra en convalescence. Elle était, deux semaines après, dans l'état le plus satisfaisant et sortait en voiture.

La petite fistule recto-vaginale, pendant la poussée fébrile, semblait s'être agrandie, à en juger par le passage des gaz, des matières intestinables fluides et du liquide des lavements. Elle se rétrécit notablement et d'elle-même quand les accidents cessèrent, et donna à peine issue à quelques gaz. Néanmoins elle persiste encore; mais je ne compte m'en occuper que plus tard.

Ces deux faits prouvent à mon avis que le temps écoulé depuis l'accouchement n'est pas le seul élément dont on doive tenir compte quand on pratique les opérations chez la femme récemment délivrée.

Certes, l'état puerpéral est généralement fini au bout de deux mois, mais il n'en est pas nécessairement de même pour les états pathologiques antérieurs à la conception ou contemporains de la grossesse.

En publiant l'observation de madame C..., je la faisais suivre des réflexions suivantes : « Si, au lieu d'opérer deux mois après l'accouchement, j'avais attendu deux mois encore, la dysménorrhée aurait peut-être disparu ou du moins j'en aurais constaté l'existence et j'aurais cherché à prévenir l'accès de congestion ovarique, cause directe des accidents, et indirecte de l'échec partiel de la suture. Ceci prouve une fois de plus que les opérations sur la sphère génitale, lors même que les parties sont revenues à leur état anatomique à peu près normal, ne doivent pas être faites trop tôt après la délivrance et que l'apparition prématurée du molimen menstruel entrave souvent la réussite des opérations susdites. »

L'observation de madame C... me permet à son tour de dire que si pendant la grossesse on a constaté l'existence d'une affection viscérale à marche chronique, la disparition apparente de ses symptômes après l'accouchement ne prouve pas la guérison complète, et

qu'il faut ajourner longtemps l'intervention, de manière à ne point réveiller par le traumatisme chirurgical une disposition morbide qu'on croit éteinte et qui n'est qu'endormie.

Ces réserves s'appliquent particulièrement à l'albuminurie de la grossesse, et il était d'autant plus intéressant de les formuler que les lésions du parenchyme rénal sont très-souvent latentes, et dans tous les cas fort lentes à guérir complètement.

Ici encore la publication sincère des insuccès opératoires, et l'analyse minutieuse de leurs causes apporteront à la pratique leur contingent d'enseignements utiles.

Discussion.

M. Polaillon. Pour que la démonstration fût plus probante, il faudrait nous citer des faits de suppuration n'affectant pas les membres inférieurs. Ne peut-on pas dire, en effet, sans admettre de prédisposition particulière, que la grossesse gêne la circulation non-seulement dans les organes génitaux, mais dans les membres inférieurs ; il n'y aurait donc rien d'étonnant que des organes ou des tissus en proie à une vascularisation insolite avant la grossesse, ne vinssent à se congestionner et à suppurer sous l'influence de l'afflux sanguin. Ces réflexions s'appliquent aussi aux deux faits de Robert, de Coblentz.

Quant à l'influence des diathèses sur les suites de la grossesse, c'est un sujet qui ne me paraît pas élucidé. J'ai cherché si les suites de couches étaient plus compliquées chez des femmes ayant présenté quelques signes de diathèse scrofuleuse ou autre et je ne suis arrivé qu'à un résultat négatif. J'ajouterai qu'il est possible que les malades atteintes d'une de ces complications se rendent de préférence dans les services de chirurgie et échappent à l'observation des accoucheurs.

M. Th. Anger. Je viens rapporter un fait qui montre l'influence de la grossesse sur le développement des végétations et aussi le peu de gravité dans certains cas de l'intervention chirurgicale. J'eus dans mon service à Lourcine une femme enceinte de trois mois, dont le vagin était obstrué par des végétations très-volumineuses et sécrétant un liquide odorant et irritant. Sur ses instances répétées, je me décidai à opérer. La malade fut soumise pendant trois quarts d'heure au chloroforme, je sectionnai les végétations, et malgré des cautérisations au chlorure de zinc, il y eut une certaine quantité de sang de perdu. Un mois après, réapparition aussi abondante des végétations, nouvelle opération à l'aide du thermo-cautère pendant l'inhalation chloroformique. La grossesse en est arrivée au septième mois et il y a encore récidive.

Ce fait porte avec lui un double enseignement : il montre que la grossesse donne un coup de fouet aux végétations, en raison sans doute de l'afflux sanguin qu'il apporte aux organes génitaux. Ce fait prouve aussi le degré de résistance des femmes en état de grossesse que l'on peut opérer deux fois sous le chloroforme sans qu'il en résulte d'accident.

M. Guéniot. — M. Polaillon vient de nous dire que pour démontrer la valeur pyogénique de la grossesse, il faudrait rencontrer des affections du membre supérieur : je crois qu'il convient d'ajouter que les sujets devraient être aussi exempts de vice constitutionnel. Si, en effet, vous avez affaire à des individus scrofuleux qui, par l'évolution seule de leur diathèse, peuvent suppurer, comment apprécierez-vous l'action réelle de la grossesse.

Pour ma part, je crois peu à la tendance pyogénique de la grossesse. Il ne faut pas oublier qu'il existe presque toujours, à la suite de l'accouchement, des plaies du col, de la vulve, etc. Ces plaies se cicatrisent en quinze jours, trois semaines, et si on devait apprécier l'influence modificatrice de la grossesse, il faudrait, dans la grande majorité des cas, la qualifier d'heureuse.

Je suis d'avis de recueillir des faits comme M. Verneuil nous en donne l'exemple. Voici présentement toute ma pensée sur ceux qu'il nous apporte. Pour le premier cas, celui de la femme sujette à des péri-ovarites et chez laquelle la périnéorraphie pratiquée au bout de trois mois détermine une nouvelle ovarite, je dirai que j'ai vu en dehors de toute influence de grossesse des congestions pelviennes se faire à l'occasion d'une action sur les organes génitaux.

Quant à la seconde malade qui a présenté une récidive de néphrite, je trouve que ranger cette affection au bout de cinq mois parmi les effets de l'état puerpéral, c'est peut-être un délai un peu long.

M. Verneuil. Je répondrai à M. Polaillon, en premier lieu, que dans la première discussion j'ai cité des faits ayant trait à la paupière et au membre supérieur; en second lieu, que j'admets comme lui que les rapports entre la grossesse et la scrofule sont obscurs et que c'est la raison qui me pousse à l'élucider.

Je suis d'avis, comme M. Anger, que la grossesse s'accompagne d'une tendance à la prolifération; j'ai souvenir d'un fait de tumeur de la parotide qui augmentait de volume à chaque grossesse.

Je répondrai à M. Guéniot que je le trouve un peu trop sceptique, mais que cependant je ne regarde pas mes deux faits comme démontrant l'influence de la grossesse sur le traumatisme. J'admets avec M. Guéniot l'action dominante des états pathologiqees antérieurs.

M. Tarnier. Avant d'entrer dans la discussion, je dois dire que je

ne suis pas d'avis d'opérer les végétations vaginales de la grossesse qui guérissent seules après l'accouchement et qui, bien que très-développées, n'opposent pas d'obstacle au passage de l'enfant.

Combien de temps après l'accouchement faut-il opérer une femme albuminurique? Je dirai, comme M. Verneuil, qu'on ne peut désigner d'époque fixe; j'ai vu l'albumine persister un an, quinze mois. Il y a même des faits signalés par Imbert Gourbeyre qui semblent indiquer que des lésions rénales ne guérissent pas.

M. Guéniot. Je signalerai des faits en opposition avec les précédents. J'ai vu des femmes albuminuriques chez lesquelles le traumatisme de l'accouchement a été le signal de la guérison. Le traumatisme puerpéral, en pareil cas, est un traumatisme vraiment libérateur. Je me souviens d'une femme de la Clinique d'accouchement, albuminurique et tellement infiltrée, que je dus, à six mois, ponctionner l'abdomen, faire des mouchetures sur les membres inférieurs et sur la vulve. Je fis l'accouchement prématuré artificiel et la malade éprouva un soulagement des plus notables qui, malheureusement, ne fut que peu durable.

La raison de ce soulagement est due sans doute à la disparition de la compression par le fait de la délivrance, mais le traumatisme puerpéral, du moins, n'y a pas fait obstacle.

(*Bulletin de la société de chirurgie*, *séance du 2 mai* 1877).

Forceps par M. Tarnier. — M. Tarnier. Je me suis appliqué, depuis quelque temps, à modifier le forceps. J'ai présenté à l'Académie de médecine deux modèles de forceps à branches croisées et je vous apporte aujourd'hui un forceps à branches parallèles construit d'ailleurs d'après les mêmes données. Les principes qui m'ont guidé sont les suivants : 1° faire des tractions suivant l'axe du bassin même au détroit supérieur; 2° appliquer la traction près du centre de la tête. Mon forceps présente de plus une aiguille indicatrice qui aide l'opérateur à bien diriger ses tractions.

Mon forceps se compose de branches de préhension et de tiges de traction. Les unes et les autres, dans le modèle que je vous présente, sont parallèles. Les tiges de traction se relient à une poignée transversale mobile dans tous les sens. Le forceps peut tourner sur son axe, alors même que la poignée est maintenue fixe; le mouvement de rotation de la tête peut donc se faire librement et indépendamment de l'opérateur. Quand, au contraire, on veut imprimer à la tête une rotation qu'elle n'exécute pas spontanément, il suffit de saisir en même temps les tiges de traction et les branches de préhension; on agit alors exactement comme on le fait avec le forceps classique.

Discussion.

M. Lucas-Championnière. Je demanderai à M. Tarnier quel avantage a pour lui le forceps à branches parallèles sur le forceps à branches croisées.

M. Tarnier. Avec le forceps à branches parallèles on évite le décroisement des branches de préhension et celui des tiges de fraction. D'ailleurs les avis sont très-partagés au sujet du mérite respectif des deux espèces de forceps.

Dans la plus grande partie de la France on n'emploie que le forceps à branches croisées ; à Lyon on préfère le forceps à branches parallèles (Thenance, Valette, Chassagny).

J'ai voulu pouvoir m'adresser à tous les accoucheurs et, suivant leurs préférences, mettre à leur disposition mon forceps qui peut aussi bien être construit avec des branches croisées qu'avec des branches parallèles.

(*Bulletin de la société de chirurgie, séance du* 16 *mai* 1877).

SOCIÉTÉ AMÉRICAINE DE GYNÉCOLOGIE.

La Société gynécologique américaine dont la fondation est toute récente, vient de tenir son deuxième congrès annuel à Boston, sous la présidence de M. Fordyce Barker, un des gynécologistes les plus distingués de New-York.

Nous donnons une analyse sommaire des principaux travaux qui ont occupé la Société pendant les séances du 30 et du 31 mai et du 1er juin 1877.

Amputation du col utérin. Indications et mannel opératoire, par le Dr John Byrne, de Brooklyn. — Cet important mémoire contient un excellent résumé de nos connaissances actuelles sur ce point important de chirurgie gynécologique. Après avoir étudié les affections qui nécessitent cette opération et les dangers qui peuvent en résulter, l'auteur expose les procédés opératoires et donne la préférence à l'amputation par le galvano-cautère.

Nous donnons un court résumé de ce travail qui contient une étude très-complète de la question.

Turner a publié en 1736 une observation dans laquelle une femme atteinte de prolapsus utérin, s'était coupé le col avec un rasoir dans un accès de folie, la guérison fut considérée comme merveilleuse. C'est en 1802 que l'amputation du col fut employée d'une manière

systématique par Osiander qui la pratiqua 23 fois, et à partir de cette époque, elle fut fréquemment appliquée par Dupuytren, Récamier, Hervez de Chégoin et autres chirurgiens.

C'est entre les mains de Lisfranc que l'amputation se perfectionna et donna les plus beaux résultats, mais une réaction ne tarda pas à se montrer et plusieurs élèves du grand chirurgien, parmi lesquels il faut citer Pauly et Becquerel, condamnèrent l'opération qui tomba en discrédit. Les gynécologistes ont de nouveau étudié la question de l'amputation du col, qui est aujourdhui pratiquée dans un assez grand nombre de circonstances.

M. Byrne fait ressortir avec soin tous les dangers de l'opération. L'amputation du col expose aux accidents suivants : Hémorrhagie primitive, hémorrhagie secondaire, péritonite, cellulite, tétanos.

Nous ne possédons pas encore sur cette opération des statistiques bien complètes. Lisfranc qui l'a pratiquée 99 fois n'a eu que 2 décès; mais ces résultats ont été contestés par Pauly. Huguier n'a eu aucun cas mortel dans 13 opérations. Sims a publié 50 cas avec 1 décès; Simpson 8 cas avec 1 décès.

Ces statisques qui en somme paraissent très-favorables se rattachent à l'amputation pratiquée avec le bistouri. Mais le galvanocautère donne encore de meilleurs résultats. Avec cet instrument l'opération ne donne lieu à aucun trouble constitutionnel. Le Dr Byrne, de Brooklyn, qui l'a pratiquée un grand nombre de fois n'a jamais eu aucun accident.

Les états morbides qui dans les circonstances ordinaires nécessitent l'amputation du col sont : les tumeurs malignes, une grande augmentation de volume du col résultant d'une hyperplasie cervicale, l'hypertrophie cervicale avec élongation, la dégénérescence kystique et granulaire, etc.

Dans certaines affections, telles que le cancer, il est nécessaire d'amputer la totalité du col et même une partie des tissus situés au-dessus du vagin. Dans d'autres, la moitié seulement de la portion intravaginale doit être enlevée. Enfin dans un certain nombre de cas, il est seulement nécessaire d'enlever une petite partie d'une des lèvres du col hypertrophié. L'opération peut être pratiquée par le bistouri ou les ciseaux, par l'écraseur et par la galvano-caustique.

Les gynécologistes ont complètement renoncé à employer le bistouri qui expose à des hémorrhagies dangereuses, On ne se sert plus aujourd'hui que de l'écraseur et du galvano-cautère.

Si l'utérus est très-abaissé dans le vagin, si l'hypertrophie longitudinale est considérable, si en un mot le col peut être facilement saisi, la malade sera placée sur le dos. Si au contraire l'utérus est très-élevé et ne peut être abaissé que par une forte traction, on emploiera de préférence la position latérale. L'introduction de la

chaine qui constitue le seul temps important de cette opération ne présente pas de sérieuses difficultés. On fait ensuite fonctionner l'instrument avec lenteur en suivant les indications qui règlent l'emploi de l'écraseur dans les opérations ordinaires.

Une précaution sur laquelle il n'est pas nécessaire d'appeler l'attention consiste à s'assurer avec le plus grand soin que le péritoine ou la vessie ne sont pas compris dans les tissus enveloppés par la chaîne.

Mais c'est à l'amputation par le galvano-cautère que M. Byrne donne la préférence. Avec le bistouri, le chirurgien est exposé à des hémorrhagies dangereuses ; avec l'écraseur il est difficile de bien limiter les tissus à amputer et on est plus exposé à léser le péritoine ou la vessie. Le galvano-cautère permet d'éviter tous ces inconvénients en même temps qu'il prémunit, mieux que tout autre procédé, contre les dangers de la septicémie et de la rétraction cicatricielle consécutive.

Le Dr Goodell, de Philadelphie, rapporte quelques cas dans lesquels il a pratiqué l'amputation à l'aide de cet instrument qui lui paraît infiniment supérieur aux instruments tranchants et à l'écraseur.

Le Dr John Scott, de San Francisco, fait quelques remarques sur l'opportunité de l'opération. Il s'agit avant tout de déterminer les cas où elle est indispensable. Or, il pense que la simple élongation hypertrophique du col, affection qui du reste est plus rare qu'on le croit généralement, n'est pas un état pathologique assez grave pour motiver l'amputation.

Il a également employé le galvano-cautère pour pratiquer cette opération, mais il n'est pas d'avis que l'emploi de cet instrument prévienne la rétraction cicatricielle. Quel que soit le procédé employé, la plaie doit se fermer par granulation qui entraîne nécessairement la cicatrisation et la contraction.

Le Dr Byford, de Chicago, est également partisan de la chirurgie conservative et pense qu'on doit restreindre le nombre des affections dans lesquelles l'amputation est indiquée. Il est néanmoins d'avis que le galvano-cautère est le meilleur procédé à employer lorsque l'opération est formellement indiquée.

Recherches sur la nature du corps jaune, par le Dr Dalton, de New-York. — Dans sa séance annuelle de 1876, la Société avait chargé un de ses membres, M. le Dr Dalton, de recueillir des documents pour l'étude de cette importante question. Notre confrère présente aujourd'hui le résultat de ses recherches.

Cette étude porte sur 33 observations faites sur des pièces anatomo-pathologiques recueillies par divers praticiens et se rapportant toutes

à la question. Quelques-unes de ces pièces ont été prises chez des femmes dont la suspension menstruelle était due à un état morbide, mais elles avaient toutes un intérêt spécial pour l'étude du *corpus luteum*.

Sur ces 33 pièces, 8 avaient été fournies par des femmes qui avaient succombé hors l'état de grossesse entre deux intervalles menstruels; dans 6, la menstruation avait cessé depuis un temps variant de cinq à onze semaines; dans 6 elle avait cessé depuis plus de quatre mois; dans 2 depuis plus de six ans. Enfin la collection comprenait 4 cas d'avortement du troisième au sixième mois et 6 cas où la mort était survenue quelques jours après un accouchement consécutif à une grossesse normale.

Le rapport de M. Dalton est divisé en deux parties : la première se rattache à l'étude du *corpus luteum* dans ses rapports avec la *menstruation*; la seconde au *corpus luteum* dans ses rapports avec la *grossesse*. L'auteur décrit avec un soin particulier les changements subis par le corps jaune depuis sa formation jusqu'à sa disparition et il expose au congrès un certain nombre de planches explicatives très-bien faites. Il conclut qu'il existe des rapports directs entre la rupture de la follicule de Graaf, la formation du corpus luteum et la fonction menstruelle.

Parmi les 33 cas dont il a été question plus haut, 5 présentaient des anomalies assez intéressantes pour mériter une mention spéciale.

1° Menstruation sans ovulation. Après quatre époques menstruelles régulière il n'y eut pas formation d'un corps jaune.

2° Formation d'un corpus luteum sans caillot central.

3° Hémorrhagie dans la follicule de Graaf sans formation d'un corpus luteum.

4° Coloration noirâtre du corps jaune et des tissus ambiants.

5° Exsudation morbide gélatineuse et fibrineuse dans l'intérieur du follicule de Graaf déterminant la formation de petites tumeurs solides.

Dilatation du col appliquée au traitement des hémorrhagies utérines, par le Dr Lyman, de Boston. — L'auteur pense que la dilatation du col utérin constitue un moyen efficace de traitement des hémorrhagies et rapporte un certain nombre de faits à l'appui de cette opinion.

Dans un premier cas, la dilatation du col, pratiquée dans le but de détruire un petit fibroïde situé sur la lèvre antérieure, a fait cesser des hémorrhagies qui persistaient depuis longtemps sans toutefois faire disparaître la tumeur morbide.

Dans un autre cas il s'agit d'une métrorrhagie qui durait depuis quatre années sans qu'on ait pu en découvrir la cause et qui a complètement disparu après la dilatation du col.

L'auteur donne l'explication théorique suivante : la dilatation fait disparaître la contraction du canal cervical et par suite la congestion de l'organe. Il n'insiste pas du reste sur cette théorie et se borne à soumettre au congrès un fait empirique dont il a pu accidentellement constater la valeur thérapeutique.

Le Dr Storer, de Boston, a également constaté que la dilatation du col, qu'il avait pratiquée dans le but d'éclaircir le diagnostic, faisait immédiatement cesser la métrorrhagie. Il a depuis employé l'introduction de la tente-éponge pour combattre les hémorrhagies utérines et il a toujours obtenu un résultat immédiat et permanent.

Le Dr Goodell a également obtenu de bons résultats par la dilatation, mais il pense que la tente éponge fait cesser l'hémorrhagie en retenant dans ses mailles les petites tumeurs fongueuses qui l'entretenaient.

Le Dr Lyman répond que cette explication ne saurait être admise pour les cas qu'il a observés, car il a toujours employé la laminaire pour produire la dilatation du canal cervical.

Des précautions nécessitées par l'emploi du chloroforme pendant le travail, par le Dr Lusk, de New-York. — Les propositions suivantes résument le travail de l'auteur :

1° L'anesthésie profonde avec abolition complète de la sensibilité retarde et quelquefois suspend les contractions utérines. Il est donc indiqué de ne produire qu'une anesthésie incomplète afin d'éviter les hémorrhagies.

2° Le chloroforme, tel qu'il est aujourd'hui employé peut, dans des cas très-exceptionnels. ralentir les contractions et rendre nécessaire l'emploi de l'ergot et du forceps.

3° Le chloroforme est loin de présenter une immunité absolue lorsqu'il est employé en obstétrique comme quelques auteurs l'ont avancé. Il n'est pas rare d'observer des accidents qui, sans être mortels, ont cependant une influence dans la production des maladies puerpérales.

4° Le chloroforme ne doit pas être employé pendant le troisième temps du travail.

5° L'influence du chloroforme employé à haute dose pendant le travail n'est pas encore bien connue et mérite d'attirer spécialement l'attention des accoucheurs.

Ovariotomie normale. Dans quels cas doit-elle être pratiquée? par le Dr Battey, de Georgia. — On sait que M. Battey est l'inventeur de cette opération qui porte son nom et qui consiste à enlever les ovaires sains. L'auteur expose les cas dans lesquels l'opération est indiquée :

1° Lorsque l'utérus est absent et que les ovaires existent et causent par leur présence des désordres graves et permanents, l'ablation de ces organes est le seul moyen d'assurer une guérison définitive.

2° Lorsque le vagin et l'utérus sont oblitérés et ne peuvent être restaurés par la chirurgie et que des symptômes fonctionnels graves se manifestent par suite de cette occlusion, l'ovariotomie normale est indiquée.

3° Lorsque des désordres nerveux hystériformes et épileptiformes présentent un caractère de gravité exceptionnel, et dépendent d'une affection ovarienne et lorsqu'ils ont résisté à tous les modes de traitement habituellement employés, l'opération de Battey est encore indiquée.

4° Enfin, dans tous les cas où la congestion des ovaires entraîne des souffrances mentales et physiques qui ont résisté à tous les traitements, le praticien doit penser à l'ovariotomie. Il est inutile d'ajouter qu'il n'y aura réussi que dans les cas exceptionnels et où toutes les autres ressources de l'art auraient été impuissantes.

Discussion sur le traitement des flexions utérines. — Le Dr Van de Warker ouvre cette discussion par la lecture d'un mémoire contenant l'opinion des gynécologistes sur l'emploi des pessaires. Il conclut à l'innocuité de ces instruments qui peuvent, non pas assurer la guérison des flexions utérines, mais remédier à la plupart des symptômes, D'après le Dr de Warker, le pessaire à tige intra-utérine ne présente pas les dangers et les inconvénients qui ont été signalés.

Le Dr Peasler, de New-York, fait quelques réserves sur les pessaires à tiges. Il ne les emploie pas dans le traitement de la rétroflexion qui peut être traitée par d'autres procédés, mais il pense qu'ils peuvent rendre des services dans certains cas d'antéflexion. La rétroflexion peut être guérie sans introduire aucun instrument dans l'utérus, mais il n'en est pas de même de l'utérus en antéversion qui ne peut être redressé que par la tige intra-utérine.

M. Peaslee décrit ensuite un pessaire à tige dont il est l'inventeur. Il expose les principes qui doivent guider le chirurgien dans la construction de ces instruments. Il faut s'attacher à obtenir un instrument : 1° qui n'exerce aucune pression sur les organes voisins ; 2° qui ne s'oppose pas aux relations sexuelles ; 3° qui puisse être retiré et introduit par les malades.

Le Dr Gaillard Thomas admet certainement l'emploi du pessaire à tige intra-utérine, mais il pense que cet instrument ne peut devenir d'un usage général parce que son emploi demande les plus grandes précautions. Le Dr Thomas est d'avis que tout instrument introduit dans la cavité utérine peut constituer un danger relativement sérieux. Il a commencé à employer la tente-éponge et les pessaires intra-

utérins en 1855; il en a d'abord fait un grand usage, mais il a dû modifier sa pratique à la suite d'accidents plus ou moins graves. Il est incontestable que les corps étrangers introduits dans la cavité utérine pour l'exploration, le diagnostic ou le traitement peuvent donner lieu à des pelvi-péritonites, et il a perdu une malade à la suite d'une péritonite généralisée qui ne reconnaissait pas d'autre cause. Le Dr Thomas ne rejette pas d'une manière absolue l'usage des pessaires à tige intra-utérine, mais il est d'avis qu'on ne doit employer les instruments que dans un petit nombre de cas et avec les plus grandes précautions.

Le Dr Atlee, de Philadelphie, est opposé à l'emploi des pessaires dans le traitement des déviations utérines. Il est d'avis que l'utérus dévié ne donne aucun symptôme grave lorsqu'il n'est pas le siége de lésions graves. L'emploi des pessaires doit être réservé pour le traitement du prolapsus et d'un petit nombre de déplacements utérins dans lesquels les symptômes fonctionnels acquièrent une gravité exceptionnelle.

D'autres membres du Congrès, MM. Goodell, Noeggerath, Albert Smith font connaître leur opinion qui est favorable à l'emploi des pessaires. On peut conclure de cette discussion que les pessaires à tige intra-utérine ont aujourd'hui un grand nombre de partisans parmi les gynécologistes américains.

Composition du bureau pour 1878. — Le Congrès procède ensuite à l'élection du bureau pour l'année 1878. Sont nommés :

— Président : M. le Dr Peaslee, de New-York.

— Vice-Présidents : MM. les Drs W. Goodell, de Philadelphie, et Isaac Taylor, de New-York.

— Secrétaire : M. le Dr Chadwick, de Boston.

— Trésorier : M. le Dr Paul Mundé, de New-York.

— Membres du Conseil : MM. Atlee, Byford, Emmet, Skene.

Lieu de réunion pour 1878. — La Société décide que son Congrès annuel pour 1878 aura lieu à Philadelphie, la deuxième semaine du mois de septembre.

Dr Lutaud.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Congrès annuel tenu au Havre.

Séance du 24 avril. — Présidence de M. Courty.

Des végétations de la muqueuse utérine. — M. Gallard a eu l'occasion d'observer récemment, avec le professeur Richet, un cas de végatations de la muqueuse utérine chez une dame de 64 ans, à la suite de métrorrhagies abondantes. La teinte de la peau était assez douteuse pour que le doute fut possible sur la nature de l'affection. Au toucher, le cathétérisme utérin indiquait 12 centimètres pour le diamètre vertical du corps de l'utérus. Diagnostic porté par M. Gallard : végétations cause des métrorrhagies. Le traitement par les injections intra-utérines de perchlorure de fer à 30 degrès s'étant montré inefficace, M. Gallard avait eu l'intention de faire la cautérisation intra-utérine avec l'acide azotique. Mais de concert avec le professeur Richet, il employa la pâte de Canquoin, qu'il appliqua à trois reprises différentes. Ce mode de traitement resta inefficace, et le malade, occupée d'autres soins, demeura cinq ou six mois sans se faire traiter.

Il y a quelques mois, elle revint voir M. Gallard dans le même état qu'au début. On constata alors à l'orifice du col une petite saillie dont les fragments furent examinés au microscope par le professeur Richet. le diagnostic *végétations utérines* fut de nouveau affirmé. M. Gallard. inclinait vers l'emploi du thermo-cautère Paquelin; M. Richet préféra l'abrasion par le procédé de Récamier. L'opération fut pratiquée à l'aide du chloroforme, et on retira une pleine soucoupe de fragments blanchâtres de tissu de végétations. A l'examen histologique on trouva un grand nombre de cavités à épithélium cylindrique, résultat évident d'une hypertrophie glandulaire. Les préparations montrèrent la coupe de vaisseaux volumineux et à parois fort amincies, ce qui expliqua les hémorrhagies. Il y avait donc hypertrophie de la muqueuse portant principalement sur les deux éléments vasculaire et glandulaire. Pas de prolifération du tissu conjontif ; quelques rares cellules embryonnaires. Pas de traces d'éléments cancéreux.

Aujourd'hui, après de nouvelles cautérisations avec la pâte de Canquoin, guérison.

M. Gallard montre à la section, des préparations de ces végétations et un dessin de leur aspect au microscope.

M. Houzé de l'Aulnoit redoute le danger de la pénétration du liquide par les trompes dans la cavité péritonéale, quand on pratique des injections intra-utérines ; il redoute aussi les avortements que ces injections peuvent provoquer.

M. GALLARD répond que, pour ce qui concerne les avortements, c'est affaire au médecin de s'entourer, au préalable, de toutes les garanties désirables. Il affirme, d'autre part, que quand l'orifice du col n'est pas oblitéré par la sonde et qu'on ne peut ainsi maintenir dans la cavité utérine une pression suffisante pour produire la pénétration à travers les orifices des trompes, le liquide injecté dans la cavité de l'utérus ne peut pas passer dans la cavité péritonéale.

M. COURTY fait remarquer qu'il avait raison autrefois quand il disait qu'on pouvait sans danger introduire un crayon ou des parcelles de nitrate d'argent dans la cavité utérine, puisque la pâte de Canquoin y séjourne sans inconvénient. M. Courty a fait construire différents modèles de curettes pour faire à l'intérieur de l'utérus l'abrasion des végétations.

D'autres procédés se rattachant à la gynécologie ont été présentés à cette section. Nous en donnerons l'analyse dans notre prochain numéro.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Diseases of women (maladies des femmes), par le D[r] LAWSON TAIT, chirurgien de l'hôpital des femmes de Birmingham, membre de la Société obstétricale de Londres, etc., etc. Williams et Norgate, éditeurs, 14, Henrietta Street, covent Garden, à Londres.

Le livre que nous allons passer en revue est l'œuvre d'un praticien éminent et qui occupe une haute situation en Angleterre. Le nom de l'auteur nous est connu depuis longtemps déjà par les travaux qu'il a publiés à diverses reprises et qui ont attiré sur lui l'attention de ses confrères en Angleterre.

Le livre, qui comprend plus de 300 pages in-12, d'un texte serré, contient un certain nombre de vues nouvelles, concernant la pathologie et le traitement des affections de la matrice.

L'auteur a eu pour but, dans son livre, d'exposer les résultats de sa propre expérience dans une forme aussi concise que possible. Les vues originales qui ont été mises en avant par l'auteur sont le résultat d'une vaste expérience acquise dans un service hospitalier uniquement consacré aux femmes. L'ouvrage ne contient pas de planches qui ont, dit l'auteur, l'inconvénient de coûter très-cher, sans offrir de grands avantages.

L'ouvrage est divisé en huit parties, dans lesquelles il étudie successivement :

I. — Les maladies du mont de Vénus.

II. — Les maladies de la vulve. Ce chapitre contient l'étude de la

pathologie des grandes et des petites lèvres, de l'hymen et des caroncules myrtiformes, du clitoris, du méat urinaire, des glandes vulvo-vaginales, du périnée.

III. — Les maladies du vagin, de l'urèthre et de la vessie.

IV. — Les maladies de l'utérus, qui comprennent celles du museau de tanche, du col et du corps.

V. — Les maladies des ligaments larges.

VI. — Les maladies des trompes de Fallope.

VII. — Les maladies des ovaires.

VIII. — Les maladies qui peuvent atteindre les os du bassin.

Dans cette partie du livre, l'auteur passe en revue les abcès pelviens, s'accompagnant de carie et de nécrose, les tumeurs telles que l'enchondrôme, les anévrysmes, le cancer, les malformations congénitales et acquises.

Nous n'entrerons pas dans l'examen de chacune des parties du livre, cette étude nous entraînerait trop loin, et ne donnerait qu'une idée très-incomplète des idées qui s'y trouvent contenues.

A. L.

Étude sur la ménopause, par le Dr Ernest Barié, ancien interne des hôpitaux (Thèse de Paris, 1877). — L'auteur, durant le cours de son internat, a pu observer quelques troubles graves, principalement dans le domaine du système nerveux chez des femmes parvenues à l'époque de la cessation de fonction des règles (ménopause). M. Barié, pensant donc qu'il y avait là une relation probable de cause à effet, a jugé intéressant d'étudier le phénomène de la ménopause pour lui assigner exactement le rôle qu'il joue dans la production de certains phénomènes morbides.

Des faits contenus dans son très-intéressant mémoire, l'auteur déduit les conclusions suivantes :

1° La ménopause (cessation normale et définitive des règles) survient entre 40 et 50 ans. L'âge de 46 ans, 4 mois, 2 jours peut être fixé comme terme moyen pour notre pays. La ménopause tardive est fréquente, la ménopause précoce l'est beaucoup moins.

2° La ménopause est caractérisée anatomiquement par l'atrophie des organes de la génération (utérus, ovaires, glande mammaire) ;

3° Les modifications apportées dans l'organisme par la suppression définitive du flux menstruel se réduisent à trois :

A. *Augmentation de l'exhalation d'acide carbonique* par le poumon, puis diminution progressive à mesure que la femme avance en âge.

B. *Phénomènes congestifs* supplémentaires (congestions, hémorrhagies)

vers les régions les plus diverses, mais spécialement du côté des organes du petit bassin.

C. *Exagération de l'activité nerveuse* principalement dans le domaine du grand sympathique (névropathies protéiformes).

4° *En général* la ménopause n'engendre pas de maladies graves; elle n'augmente pas la mortalité des femmes et *à ce point de vue ne mérite en aucune façon le nom d'âge critique.*

5° Peu de femmes échappent aux troubles variés de la cessation; les accouchements laborieux, les avortements, la misère, la cachexie, y prédisposent d'une façon notable.

6° La plupart des accidents ménopausiques se rattachent à ces deux processus morbides: *pléthore sanguine, nervosisme.*

7° La ménopause a une influence certaine sur les affections utérines; quelques-unes disparaissent ou s'amendent considérablement: *affections inflammatoires, fibro-myomes,* etc.; d'autres coïncident avec elle, ou de l'état latent passent à une marche rapide (*affections cancéreuses*).

8° Les accidents morbides de la ménopause sont variés et complexes. Outre les désordres du côté des organes génitaux ils se manifestent par des *troubles du tube digestif*, par des *affections cutanées*, des *perturbations des organes des sens*, etc.

9° Dans le domaine du système nerveux, la ménopause a une influence considérable sur les *névroses* et les *maladies mentales*; elles apparaissent quelquefois avec la cessation des règles, mais dans beaucoup de cas on rencontre un état antérieur de prédisposition, soit héréditaire, soit acquise.

10° La ménopause peut engendrer des *troubles graves de la motilité* (parésie, paraplégie). Ces paraplégies peuvent avoir plusieurs causes, les plus fréquentes se rattachent à une congestion rachidienne.

11° La ménopause est souvent le point de départ des premières manifestations de la *goutte* et du *rhumatisme chronique*; elle peut également rappeler certaines diathèses: *scrofule.* La *chlorose* s'observe quelquefois à la cessation du flux menstruel, même chez des femmes non sujettes à des métrorrhagies.

12° Le *diagnostic* de la ménopause s'appuiera sur trois faits: l'âge de la femme, les antécédents et les examens des organes génitaux.

13° Le point capital des *indications thérapeutiques* est d'éloigner toutes les causes de congestion pour l'utérus; chacun des accidents fournira ensuite des indications particulières.

De la durée de la grossesse, par le Dr A. Stadfeldt, de Copenhague. — En 1866 MM. le professeur Faye et le Dr. Vogt ont publié quelques calculs sur la durée de la grossesse, depuis le coït fécon-

dant jusqu'à la naissance du fœtus à terme. Les matériaux leur étaient fournis par la Maternité de Christiania. La durée moyenne fut évaluée d'après ces calculs à 270 jours, le terme le plus court à 220 jours, le plus long à 319 jours. Cette latitude considérable et surtout la brièveté du temps le plus court s'expliquent peut-être, selon M. Stadfeldt, par la faculté extraordinaire qu'ont les femmes norvégiennes de faire mûrir leur fœtus, facultés qu'elles semblent posséder en effet.

Pour le médecin légiste la détermination de l'époque de la fécondation est toujours une question très-difficile à résoudre ; c'est pourquoi M. S... a voulu contribuer à la solution du problème en ce qui concerne le Danemark. La durée de la grossesse depuis le coït fécondant jusqu'au terme a été calculée d'après 34 cas certains, auxquels l'auteur a ajouté 31 cas, réunis par M. Ravn. Il ressort du tableau n° I, que la durée moyenne, dans ces 65 grossesses, a été de 271,8 jours et la latitude de 250 à 293 jours.

Si l'on groupe les jours par douzaine :

la grossesse	a duré	de 250-259	jours	en	4 cas,
—	—	260-269	—	19	—
—	—	270-279	—	32	—
—	—	280-289	—	9	—
—	—	290-300	—	1	—

La proportion du poids de l'enfant à la durée de la grossesse ne ressort pas du système de tableaux adopté par l'auteur (Tabl. n° II).

La durée de la grossesse dans le sens physiologique doit, selon l'auteur, être calculée d'après l'époque de la première suppression des règles, les physiologistes modernes étant portés à admettre que l'œuf fécondé dérive de cette période d'ovulation. La grossesse serait donc réellement beaucoup plus courte qu'on ne le suppose généralement. Dans 24 cas, où il a cru pouvoir déterminer l'époque de la première suppression de la menstruation, le terme moyen était de 254 jours, avec 240 et 273 jours comme limites extrêmes. La latitude est ainsi beaucoup plus restreinte d'après cette méthode de calcul que d'après les autres, qui par conséquent sont moins sûres.

Dystocie due à une tumeur fibro-kystique et au spasme de l'orifice utérin, par le Dr Ed. Porro. — Les particularités intéressantes de cette observation sont : 1° une tumeur fibro-cystique de la paroi postérieure et inférieure de l'utérus ; 2° un spasme considérable du col qui, s'étant produit alors que le fœtus était déjà engagé, détermina une constriction énergique de la région cervicale, laquelle, s'ajou-

tant aux tractions nécessitées pour extraire le fœtus, amena une *myosite traumatique* des muscles du cou ; 3° la formation d'un volumineux thrombus remontant jusqu'à la région iléo-lombaire et ayant amené la rupture du péritoine et la mort par péritonite.

De l'influence réciproque de la grossesse et du traumatisme, par M. le professeur Verneuil. — L'influence de la grossesse sur la marche des opérations chirurgicales est sans contredit une des plus importantes questions qui seront soumises à la discussion au prochain congrès de Genève. M. le professeur Verneuil qui a déjà jeté tant de lumières sur d'autres questions obscures de la pathologie chirurgicale, a bien voulu se charger de faire un rapport sur ce sujet. Nous donnons aujourd'hui un aperçu sommaire du travail de l'éminent professeur, nous réservant d'y revenir plus tard lorsqu'il aura passé au crible de la discussion.

Après avoir fait un long exposé historique dans lequel il est démontré que l'influence réciproque du traumatisme et de la grossesse n'a été étudiée que depuis un petit nombre d'années, M. Verneuil propose la classification suivante pour les affections chirurgicales qui sont de nature à être influencées par la grossesse et réciproquement :

1° *Affections menaçant immédiatement la vie de la mère et contre lesquelles la thérapeutique ordinaire serait certainement ou presque certainement impuissante.* Hémorrhagies traumatiques ou spontanées, asphyxies ou suffocations de causes mécaniques, étranglement ou obstruction de l'intestin, rétention d'urine, quelques corps étrangers, de l'œsophage par exemple, quelques grandes blessures des membres ou du crâne. Nul doute que, en ces cas, il faille sans souci de gravidisme arrêter le sang, pratiquer la trachéotomie, la kélotomie, la ponction vésicale, abdominale, thoracique, l'extraction des corps étrangers, les amputations et résections, etc. L'urgence ici n'est point discutable ; la question de vie et de mort est posée dans des termes trop clairs pour qu'on hésite un instant.

2° *Affections compromettant à coup sûr la vie maternelle ou fœtale, mais à échéance plus ou moins éloignée,* et d'ailleurs indirectement par les complications qu'elles engendrent ou par l'avortement auquel elles prédisposent, pendant le délai qui s'écoule entre leur apparition et le moment où elles deviennent réellement dangereuses.

La nature, aidée par l'art, peut parvenir à guérir le mal ou à en arrêter les progrès, de sorte que dans ces cas l'urgence opératoire disparaît ou s'éloigne. On peut citer dans cette catégorie les anévrysmes, certaines collections séreuses ; ascite, pleurésie, kystes de l'ovaire ; les rétrécissements des conduits et orifices muqueux,

urèthre, rectum, œsophage, voies génitales; les lésions osseuses et articulaires : carie, nécrose, arthrites suppurées, les calculs vésicaux, les tumeurs et leurs nombreuses variétés, certains vices de conformation, etc.

3° *Affections que le gravidisme n'influence pas et qui, réciproquement, ne compromettent guère ni la grossesse ni la parturition.* — Il s'agit ici de lésions assez nombreuses, généralement peu graves, et qui n'agissent sur la gestation qu'indirectement par les troubles qu'ils apportent à la santé de la mère. Sont dans ce cas les abcès chauds et froids, les phlegmons, la pleurésie simple, le rétrécissement du rectum, la fistule anale, les petits calculs vésicaux, etc.

Dans la plupart de ces cas, non-seulement l'intervention chirurgicale n'est pas urgente, mais elle est même d'une utilité discutable, puisque la nature et la thérapeutique non sanglante peuvent suffire à la tâche. On peut certainement ouvrir les abcès, mais rien n'empêche de les laisser s'ouvrir tout seuls. On peut aussi bien dilater les rétrécissements que les inciser et broyer la pierre que l'extraire par la taille.

Bien que les opérations applicables aux affections susdites soient généralement bénignes et que bien des fois déjà, elles aient été impunément faites chez des femmes enceintes, les revers observés parfois doivent toujours imposer la plus grande réserve au chirurgien, comme règle, il s'abstiendra ou choisira les procédés les plus innocents, fussent-ils un peu moins efficaces. Il n'est pas jusqu'aux opérations les plus minimes de la petite chirurgie : applications de sangsues, séton, extraction de dents, qui ne doivent être évitées le plus possible, car l'insuccès, alors, s'élèvera à la hauteur d'un désastre.

4° *Affections permanentes plus ou moins anciennes, qu'on retrouve dans le même état avant, pendant et après la grossesse, et qui ne troublent ni la gestation ni l'accouchement.* — Pour ces opérations, l'ajournement opératoire ne présente aucun inconvénient sérieux ; on peut citer pour exemple, la cataracte, la fistule lacrymale, la fistule vésico-vaginale, les difformités justiciables de l'anaplastie, l'ongle incarné, etc. Certes les opérations afférentes à ces cas sont généralement bénignes ; on peut ajouter que plus d'une fois elles ont réussi et qu'elles pourront réussir encore sur des femmes enceintes exemptes de toute diathèse, de toute tare organique ; et cependant M. Verneuil regarde comme une faute une intervention qui n'offre aucune urgence ; d'abord parce que l'échec est possible et probable et prouvée ; deux fois M. Deroubaix a opéré une fistule vésico-vaginale pendant la grossesse et deux fois la réunion a fait défaut ; ensuite, parce que chez la femme enceinte qui paraît jouir de la meilleure santé, il peut exister quelque lésion viscérale latente, quelque altération du germe ou de

ses annexes impossibles à constater, qui amènera un avortement imprévu avec toutes ses conséquences.

M. Verneuil termine son rapport par des conclusions qu'il qualifie de *provisoires* et qu'il soumet à la discussion. « L'expérience acquise est insuffisante encore, dit M. Verneuil, et il faudra faire appel à l'expérience future. Tout fait espérer, il est vrai, qu'avec le concours des savants rassemblés dans le Congrès, la solution des problèmes fera de grands pas.

Voici les conclusions de M. Verneuil :

1° La grossesse et le traumatisme peuvent évoluer normalement, parallélement, simultanément, sans s'influencer le moins du monde. ceci s'applique aux blessures les plus graves comme aux plus légères.

2° Les blessures accidentelles ou chirurgicales, depuis les plus minimes jusqu'aux plus sérieuses, peuvent troubler la gestation de plusieurs manières ; en provoquant l'avortement ou l'accouchement anticipé, en faisant périr la mère avec ou sans enfant, avant ou après l'enfant.

3o Certaines blessures chirurgicales sans cesser d'être menaçantes pour l'issue normale de la grossesse et pour la vie de la mère et de l'enfant, deviennent pourtant salutaires et nécessaires pour combattre diverses affections qui, abandonnées à elles-mêmes, seraient beaucoup plus dangereuses encore.

4° La grossesse peut troubler le processus traumatique de plusieurs manières ; en retardant ou en empêchant la guérison, en favorisant aussi l'apparition de certaines complications des blessures.

5° La grossesse peut aggraver diverses affections non traumatiques, de façon à rendre urgentes des opérations que, dans l'état de vacuité, on aurait pu éviter ou ajourner.

6o La délivrance modifie heureusement la marche de certaines blessures contractées pendant la grossesse.

7° La puerpéralité influence défavorablement les blessures accidentelles ou chirurgicales survenues après l'accouchement et rend plus graves celles qui remontent à l'époque de la grossesse.

8° L'intervention chirurgicale n'est point interdite pendant la grossesse, mais elle est soumise à des règles particulières. On ne doit agir chez la femme enceinte qu'avec la plus grande réserve, et parfois refuser absolument l'opération ; mais s'abstenir systématiquement dans tous les cas serait également une faute grave. Tel est en résumé l'important travail soumis par M. Verneuil à l'appréciation des membres du Congrès de Genève. On peut affirmer avec certitude qu'il sera l'objet d'une intéressante et fructueuse discussion.

Dr Lutaud.

Epithélioma du col. — Amputation. — Ouverture du péritoine. — Par le Dr Atthill de Dublin. (*The Dublin Journal of medical sciences*, february 1877). — Cette observation présente un certain intérêt au point de vue du traitement du cancer du col et des difficultés qui accompagnent l'amputation.

La malade présentait une énorme tumeur épithéliale implantée sur le col utérin et qui remplissait la cavité vaginale. Le chirurgien crut sentir une certaine quantité de tissus sains au-dessus du point d'implantation de la tumeur et se décida à pratiquer l'amputation. Ayant introduit la chaîne de l'écraseur il fit fonctionner l'instrument; mais, malgré toutes les précautions une portion du vagin et du cul-de-sac péritonéal fut comprise dans l'amputation. Pendant quelques jours on eut quelque espoir de sauver la malade, mais elle succomba trois jours après l'opération.

Nous nous empressons de reconnaître la loyauté du Dr Atthill qui a donné la plus grande publicité à cette observation. Dans une communication qu'il a faite à ce sujet à la Société obstétricale de Dublin, ce chirurgien reconnaît que l'amputation du col est loin d'être sans danger et insiste sur la difficulté de pratiquer l'amputation précisément au point où on a placé la chaîne qui souvent s'engage trop avant dans les tissus. C'est ce qui est arrivé dans ce cas. Cet accident n'a fait qu'avancer de quelques semaines la mort de la malade, car on trouva le cul-de-sac de Douglas et l'utérus remplis de masses cancéreuses.

Dr Lutaud.

VARIÉTÉS

A Monsieur le Rédacteur en chef des *Annales de gynécologie*.

Monsieur,

Dans le numéro du 15 janvier dernier des *Annales de gynécologie*, M. le professeur Verneuil a publié un travail très-intéressant *sur la léthalité des fistules vésico-vaginales et de quelques accidents rares après l'exploration et l'opération*. Ce travail, dont je n'ai eu malheureusement connaissance que ces jours derniers, m'a suggéré quelques réflexions que je désire vous soumettre.

L'article de M. le professeur Verneuil, très-complet en ce qui concerne l'opération de la fistule vésico-vaginale par les procédés

directs, laisse entièrement de côté la même opération par les procédés indirects, soit que les cas de morts dont cette dernière méthode est justifiable aient échappé à l'attention de M. Verneuil, soit que ne les ignorant pas il se réserve de les publier plus tard.

Je me serais dispensé d'intervenir, si cette dernière hypothèse était admissible, si l'article de M. Verneuil s'était terminé par le cliché habituel « *à suivre;* » si enfin M. le professeur Verneuil n'engageait pas ceux qui connaîtraient des cas analogues aux siens à les publier.

Dans ma thèse inaugurale (*Du Kleisis génital*; Paris, 1876), j'ai rassemblé sept observations d'occlusions vaginale et vulvaire suivies de mort. Ces observations, collectées avec soin et discutées par moi, appartiennent à Bérard, et à MM. Péan, Sims, Herrgott, Studsgaard, Maisonneuve. J'ai aussi réuni, comme M. Verneuil, un certain nombre de cas de morts par la méthode directe pour les opposer à ceux de la méthode indirecte et juger lequel des deux modes opératoires entraîne à sa suite le pronostic le plus fâcheux.

Mes conclusions, très-catégoriques, étaient les suivantes : « La méthode indirecte n'est pas plus dangereuse que la méthode directe ; il n'est pas prouvé que l'occlusion vaginale le soit plus que l'occlusion vulvaire. »

Pour terminer, j'ajouterai que M. Verneuil trouvera dans ma monographie plusieurs accidents semblables à ceux qu'il a notés.

Je ne doute pas que le savant chirurgien de l'hôpital de la Pitié, dont le talent égale l'impartialité, ne s'empresse, après avoir lu cette lettre, d'ajouter mes quelques observations à celles que renferme son travail.

Je vous serai très-reconnaissant, monsieur le Rédacteur en chef, d'insérer cette lettre dans un de vos plus prochains numéros.

Veuillez agréer, etc.

D[r] A. LEDOUBLE.

Tours, le 28 mars 1877.

Sur le lait et la première nourriture des enfants. — Je viens de lire un article publié par l'*Art médical belge*, du mois d'août 1876, qui est le résumé d'une conférence faite par M. le Dr Alphonse Oppenheim « sur le lait et la première nourriture des enfants. »

Cette conférence, faite par un savant aussi éminent que le professeur de Berlin, renferme cependant quelques inexactitudes que je crois de mon devoir de mettre en évidence, d'autant plus qu'elles sont soutenues par un homme, qui, par sa haute position scientifique, doit inspirer la plus grande confiance.

Cette conférence peut se diviser en cinq parties :

Dans la première, le savant conférencier fait connaître les divers éléments qui entrent dans la composition du lait, et il en conclut que, puisque le lait renferme tous les principes nécessaires à la vie, dans les proportions voulues pour le bien-être des jeunes enfants, et, qu'il les contient sous une forme très-digestible, il représente donc un aliment complet.

Dans la seconde, il étudie la question des altérations du lait, et les moyens de les reconnaître.

Dans la troisième, il parle des modifications que peut éprouver le lait sous l'influence de certains principes étrangers de nature végétale ou minérale, et enfin il dit quelques mots de la transmission des maladies par ce fluide.

Au sujet de cette question importante je dirai que je ne partage pas l'opinion de M. Oppenheim ; voici, du reste, ce que j'écrivais en 1874 dans ma thèse inaugurale.

Un grand nombre de médecins illustres se sont déclarés contre la propriété contagieuse du lait des nourrices syphilitiques : Nisbet, Hunter, Burns, Colleneau, Cullerier. Voici d'importantes autorités, mais contre elles on peut citer Catunée, Tomitanus, Boerhaave, Dudier, Guyon de la Nauche, Astruc, Bertin, Guyon Dolvoir, Rosen Doublet, Paré, etc. Cependant on ne peut trouver dans leurs écrits une seule observation exacte à l'abri de tout reproche dans leurs mettant de contredire avec autorité cette assertion.

Cazenave, dans un travail intitulé « De la valeur des maladies de la peau dans l'allaitement, dit l'érythème, l'herpès, l'eczéma, le pemphigus, l'impétigo, l'ecthyma, la lèpre, le pityriasis, le psoriasis et l'ichthyose, ne sont pas incompatibles avec l'allaitement, à moins qu'elles n'influent sérieusement sur la constitution comme l'eczéma aigu. Plusieurs autres dermatoses doivent empêcher l'allaitement, à cause de l'altération profonde, de cachexie, dont elles sont les signes visibles et non parce que le lait pourrait en importer le germe chez le nourrisson.

Meuville refuse aux mères phthisiques de nourrir, non que le lait contienne un principe capable de transmettre la maladie, mais parce

que le lait n'est pas assez abondant et que la constitution de la mère est trop faible.

D'après ce qui précède, l'on peut affirmer « que le lait ne transmet pas par lui-même les maladies ». Du reste, Ricord, dans son Traité pratique des maladies vénériennes, affirme que « le virus, modifié par l'absorption et lorsqu'il a produit l'empoisonnement général, ne peut transmettre la maladie que par la voie de l'hérédité seulement. »

Dans la quatrième partie de sa conférence, M. Oppenheim fait connaître la composition de différents laits. D'après certains auteurs, dit-il, la composition en centièmes peut se formuler ainsi :

	Femmes.	Vaches.	Chèvres.	Anesses.
Beurre...........	3.80	3.20	4.40	1.50
Caséine..........	0.34	3.00	3.50	0.60
Albumine.........	1.30	1.20	1.35	1.55
Sucre de lait......	7.00	4.30	3.10	6.40
Sels.............	0.18	0.70	0.35	0.32
Eau..............	87.38	87.60	87.30	89.68
	100.00	100.00	100.00	100.05

Un litre de lait contient en moyenne :

	Femmes.	Vaches.	Chèvres.	Anesses.
Beurre...........	40.00	43.50	48.38	19.39
Caséine..........	3.17	33.90	41.85	2.64
Albumine.........	6.88	5.25	6.63	11.83
Lacto-protéine....	2.77	3.06	1.52	3.28
Sucre de lait......	77.00	44.24	54.77	60.87
Sels divers........	2.60	7.03	7.30	4.84

Si l'on compare les chiffres consignés dans ces deux tableaux, l'on remarque immédiatement qu'ils diffèrent. En effet, la composition par litre résultant de la composition en centièmes du premier tableau, donnerait des résultats qui ne concorderaient nullement avec ceux qui sont consignés dans le tableau ci-dessus.

Ceci étant posé, M. Oppenheim paraît avoir admis les résultats consignés en dernier lieu, puisqu'il dit dans le cours de sa conférence « La quantité moyenne de matières grasses que doit fournir un bon lait est de 43.50, pour un litre de lait, le minimum 38, le maximum 53.

Ces faits étant bien établis, je dirai que les chiffres admis comme composition moyenne par M. Oppenheim, *ne me paraissent pas exacts.* En effet, il résulte des nombreuses analyses de lait de femme aux-

quelles je me suis livré, que la proportion de beurre est seule dans de bonnes conditions, la proportion de lactine et des sels étant exagérée, tandis que celle des aliments plastiques est trop faible.

Quant aux chiffres admis pour le lait de vache, qui sont ceux donnés par Millon et Commouaille, en 1864 (*Journal de pharmacie et de chimie*, t. XLVI, p. 358), je dirai que la proportion de matières protéiques est infiniment supérieure à la moyenne trouvée en opérant sur les vaches du Pays de Caux, il en est de même aussi de la proportion de beurre. Mais si les aliments plastiques et les corps gras sont en excès comparés aux moyennes trouvées et admises par moi, il n'en est pas de même de la lactine qui est en quantité moindre ; aussi, en présence de ces résultats contradictoires *j'ose affirmer* aujourd'hui en comparant les résultats consignés sur mon livre de laboratoire, résultats se rapportant à la recherche de la lactine dans les laits de races différentes, que jamais dans un lait de bonne qualité, l'on ne trouve une proportion de lactine inférieure à 50 gr. ; si, quelquefois, l'on rencontre un rendement plus faible, c'est que le procédé employé n'est pas exacte, ou que le lait a subi une altération plus ou moins profonde.

Enfin les résultats auxquels je suis arrivé en soumettant à l'analyse des laits de chèvres et d'ânesses ne concordent pas avec ceux admis par M. Oppenheim, ainsi que l'on peut s'en convaincre en lisant un article que j'ai publié dans le *Bulletin de la Société protectrice de l'enfance*, année 1875, p. 225, en réponse à un article intitulé « Règles pour les soins généraux à donner aux enfants, recommandées par la Société obstétricale de Londres. »

Enfin, dans la dernière partie de sa conférence, le professeur de Berlin, après avoir fait remarquer la différence qui existe entre le lait de vache et celui de femme, dit, que pour que le lait de vache soit assimilable pour l'enfant et pour qu'il lui constitue une bonne alimentation, il faut le modifier afin de le rapprocher de la composition que présente le lait de femme, et pour arriver à ce résultat il propose d'employer la méthode indiquée par Liebig pour son alimentation des jeunes enfants.

Comme M. Oppenheim, je suis d'avis qu'il faut modifier le lait de vache avant de le donner aux jeunes enfants, surtout au début de l'allaitement, mais pour arriver à ce résultat, je propose un *modus operandi* différent.

Voici les termes de comparaison :

	Composition moyenne du lait de Femmes.	Vaches.
Beurre................	3.68	3.72
Laçtine................	7.11	5.03
Matières protéiques....	1.70	2.31
Sels..................	0.20	0.71
Eau..................	87,31	88.23
	100.00	100.00

Ces chiffres étant admis, l'on voit que les matières protéiques sont sensiblement d'un quart plus abondantes dans le lait de vache. C'est donc par rapport à elles que la formule doit être établie, parce que seules, elles constituent l'aliment plastique du lait, et que ne pouvant être remplacées par aucun ingrédient, elles déterminent elles-mêmes la valeur de la matière que l'enfant doit ingérer pour trouver sa subsistance.

Pour obtenir avec le lait de vache un aliment qui soit équivalent par sa richesse en caséum et en albumine réunis, à celui que reçoit l'enfant quand il suce le téton de sa mère ou de la nourrice, il faut employer un mélange formé de :

Lait de vache...........	3 parties,	soit 0 litre 75
Eau...................	1 —	soit 0 litre 25

Mais ce mélange est trop pauvre en beurre et en lactine, puisqu'il n'en contient, pour 100, que les proportions suivantes :

Beurre.....................	2.79 au lieu de	3.68
Lactine.....................	3.77 —	7.11

Je ne me préoccupe pas des sels, car ils sont beaucoup plus abondants dans le lait de vache.

Il est facile de remplacer la lactine qui manque à l'aide du sucre et le beurre lui-même peut être donné par le lait de vache dont on doit se servir ; si l'on prend la précaution de séparer ce lait, après une ou deux heures de repos, en deux parties inégales, soit par un soutirage, soit par l'enlèvement des couches supérieures au moyen d'une cuiller, de telle façon que l'une des fractions, la première, que l'on utilise, égale aux trois quarts du volume primitif, soit chargée de toute la matière grasse, tandis que l'autre, que l'on délaisse, complétant le quatrième quart, se trouve pour ainsi dire tout à fait dépouillée de crème.

Guidé par ces considérations, je propose pour l'alimentation des enfants, avec le biberon, la formule suivante :

Lait de vache normal, non bouilli, chargé de toute la matière grasse contenue habituellement dans le volume d'un litre........................	0 litre 75
Eau fraîche, non bouillie, tenant en dissolution 35 gr. de sucre..........................	0 litre 25

En opérant le mélange de ces deux liquides, l'on obtiendra un litre de lait dont la valeur alimentaire est égale à celle d'un pareil volume de lait de femme.

La formule que je propose est rationnelle; elle donne un produit peu coûteux, facile à obtenir et doué de qualités qui le rendent d'autant plus précieux que sa digestion et son assimilation sont mieux assurées que celles du lait qui a été soumis à l'ébullition.

En effet, les matières protéiques soumises à la décoction subissent une transformation moléculaire qui les rend plus résistantes à l'action du suc gastrique, et par conséquent les rend susceptibles de provoquer des troubles de la digestion toujours préjudiciables aux jeunes enfants.

Il y a plus même : comme le lait de vache renferme plus de caséine que d'albumine, tandis que dans le lait de femme l'écart est beaucoup moins grande et comme la caséine est plus résistant aux sucs de, l'estomac que l'albumine, je conseille de n'offrir aux très-jeunes enfants qu'un liquide préparé conformément à cette nouvelle formule :

Lait de vache normal, non bouilli, chargé de toute la matière grasse contenue habituellement dans le volume d'un litre........................	0 litre 50
Eau fraîche non bouillie, tenant en dissolution 50 gr. de sucre..........................	0 litre 50

Le mélange est alors moins riche en matières protéiques que le lait de femmes, il contient:

Beurre...............	3.70
Matières sucrées......	7.10
Matières protéiques..	1.16
Sels.................	0.35
Eau.................	87.69
	100.00

Il est admirablement supporté par tous les enfants, même par les plus jeunes. La seule précaution à prendre c'est de ne préparer le mélange qu'au fur et à mesure du besoin, et de l'échauffer légèrement au moment de l'administrer, en plongeant pendant quelques instants dans l'eau tiède le biberon dans lequel on le renferme pour l'offrir au nourrisson.

On comprend que les deux formules que je propose sont modifiables avec la composition du lait de vache employé, et avec l'âge de l'enfant ; l'on peut toujours satisfaire les exigences physiologiques de celui-ci, en augmentant la proportion du lait de vache et la richesse en beurre et en sucre.

Si, au lieu d'avoir recours au procédé simple et rationnel que je viens de faire connaître, l'on fait usage de la méthode Liebig, l'on obtient alors un produit qui ne ressemble en rien au lait de femme et qui peut occasionner les accidents les plus graves, ainsi que l'ont démontré les observations faites dans le service de M. Depaul. Je viens de dire que le mélange obtenu par la méthode de Liebig ne ressemble en rien au lait de femme ; en effet, une semblable prétention aurait pu être justifiée, si Liebig avait pris pour type du lait normal, le lait normal lui-même ; mais — chose étrange de la part d'un savant aussi éminent — il basait sa formule sur les résultats de l'analyse d'un lait de femme malade, et, chose plus étrange, il le faisait sciemment, puisque lui-même a signalé dans son traité de chimie organique, le caractère et l'origine du fluide examiné par Haïdlen.

Mais si le point de comparaison était vicieux, ce produit proposé l'était plus encore, et il souleva immédiatement en France, surtout au sein de l'Académie de médecine, les protestations les plus énergiques de la part des hommes les plus compétents : MM. Guibourt, Depaul, Larret, Boudet, Vulpian, Bouley, Poggiale, etc.

Il ne suffit pas, en effet, pour qu'ils soient acceptables et bons, que deux aliments soient semblables quand on les compare au point de vue chimique, et qu'ils contiennent des quantités semblables de matières pouvant remplir le rôle d'aliments plastiques et d'aliments respiratoires ; il faut encore qu'ils possèdent les mêmes degrés de digestibilité et d'assimilabilité.

Or, le produit imaginé par Liebig ne possède aucune de ces qualités ; il ne peut, sous aucun rapport, être comparé au lait, et sa consommation par les jeunes enfants est suivie souvent des plus déplorables effets.

Il n'est pas indifférent, en effet, de remplacer le carbone respiratoire contenu dans le beurre, par son équivalent de glucose, même de glucose provenant de la réaction de la diastase, contenue dans l'orge germé, sur la farine de froment.

Dans le lait artificiel de Liebig, les matières protéiques du lait sont représentées par le gluten du blé, dont le rôle peut sans doute être analogue à celui de la caséine et à celui de l'albumine, membres comme lui du groupe des protéiques, mais enfin il en diffère en ce qu'étant moins facilement soluble, il ne saurait être aussi facilement digéré. D'ailleurs pour achever sa préparation, Liebig conseille de

porter le mélange à l'ébullition ; or l'on sait qu'à cette température le gluten se déshydrate et devient par conséquent plus résistant à l'action du suc gastrique.

En résumé, chaque fois que l'on a soin de préparer le mélange, suivant le *modus operandi* que je viens de décrire, et de le donner en quantité suffisante et bien proportionnée à l'âge et aux besoins de l'enfant, l'on est certain de voir le bébé se développer d'une façon régulière et présenter tous les signes extérieurs d'une santé florissante.

CH. MARCHAND.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Le mode de production de la hernie ombilicale et de l'exstrophie de la vessie, par AHLFELD (*Arch. f. Gyn.*, t. XI, p. 85).

Les déplacements en arrière de la matrice chez les jeunes filles et les nullipares, avec des remarques sur la rétroflexion congénitale de l'utérus, par GRENSER (*Arch. f. Gyn.*, t. XI, p. 145).

Ce travail peut se résumer dans les conclusions suivantes :

1° La rétroflexion congénitale de l'utérus est un fait extrêmement rare ;

2° Les déviations de l'utérus en arrière chez les jeunes filles et les nullipares ne sont pas aussi rares qu'on l'a prétendu jusqu'à présent ;

3° En ce qui concerne la stérilité, il est inexact de parler de stérilité congénitale avant d'avoir établi la preuve que la cause de celle-ci n'est point dans un trouble acquis des organes génitaux ;

4° Enfin les déplacements de l'utérus en arrière sont très-rarement la cause d'une stérilité congénitale.

La manière d'être de la vésicule ombilicale chez les jumeaux réunis dans un seul œuf, par AHLFELD (*Arch. f. Gyn.*, t. XI, p. 160).

Ce travail est la continuation des recherches de l'auteur sur la génération des jumeaux. Par les détails infinis qu'il renferme il échappe à l'analyse, mais il a paru devoir être mentionné à raison de son intérêt tout spécial.

Les Annales de Gynécologie ont reçu :

De la scarlatine chez les femmes en couches, par LESAGE (thèse de Paris 1877).

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Octobre 1877.

TRAVAUX ORIGINAUX.

ÉTUDE GENERALE SUR LE LAIT ROUGE (1)

Par le Dr Larcher.

(*Rapport lu à la Société centrale de médecine vétérinaire.*)

Le lait, dont la blancheur caractéristique possède, dans le langage, en raison de sa constance habituelle, la valeur d'un terme de comparaison, présente quelquefois, vous le savez, une couleur différente, qui, dans quelques cas, tient du bleu, du jaune ou du vert, et, dans d'autres, se rapproche plus ou moins de l'une des nuances du rouge.

C'est, précisément, à l'occasion d'un exemple de cette dernière altération, exemple qui vous a été communiqué récemment (1) et dont vous avez renvoyé l'appréciation à l'examen d'une Commission dont j'ai l'honneur d'être le rapporteur (2),

(1) Le 12 avril 1877.

(2) Cette Commission était composée de MM. H. Benjamin, H. Bouley et O. Larcher, rapporteur.

que j'ai désiré prendre la parole aujourd'hui, avec l'espoir de fixer un instant votre attention sur un accident de la lactation dont il est, sans doute, fait mention un peu partout, mais peut-être avec moins de soin que pour le lait bleu.

Ce n'est pas que le phénomène n'ait été observé assez souvent et que le désir de l'expliquer n'ait même tenté depuis longtemps l'imagination de quelques auteurs. C'est ainsi par exemple, que, dans un ouvrage publié en 1565, Simon de Vallembert le signalait déjà, en disant que, « si le lait est rouge, c'est que la vertu lactifiante est débile et que le sang venant aux mamelles a trouvé leurs veines et artères et leurs chairs glanduleuses tellement débiles, qu'elles ne sont pas suffisantes de le convertir en blanche couleur, ou bien que le sang demeure si peu aux mamelles qu'il ne peut être blanchy suffisamment » (1).

Depuis, et beaucoup plus près de nous, la coloration rouge accidentelle du lait se retrouve indiquée dans diverses publications relatives à la physiologie, à l'agriculture ou à la médecine vétérinaire, et notamment dans celles que l'on doit à Hurtrel d'Arboval (2), à F. Villeroy (3), à C.-J. Fuchs (4), à R. Mayersburg (5), à I. Rainard (6), à J.-M. Kreutzer (7), à E. Collot (8),

---

(1) Simon de Vallembert. *Cinq livres de la manière de nourrir et de gouverner les enfants, dès leur naissance*, p. 14 et 15 ; Poitiers, 1565.

(2) L.-H.-J. Hurtrel d'Arboval, article Lait du *Dictionnaire de médecine, de chirurgie et d'hygiène vétérinaires*, t. III, 2e édition, p. 498; Paris, 1838.

(3) F. Villeroy, *Manuel de l'éleveur des bêtes à cornes*, p. 315 et 320 ; Paris, 1839.

(4) C.-J. Fuchs. *Beitræge zur næhern Kenntnis der gesunden und fehlerhaften Milch der Hausthiere ' Magazin für die gesammte Thierheilkunde*, Bd. VII, S. 167 und 174 ; Berlin, 1841).

(5) R. Mayersburg. *Einiges von den Fehlern der Milch* (*Repertorium der Thierheilkunde*, Bd. III, S. 215; Stuttgart, 1842).

(6) J. Raynard. *Traité complet de la parturition des principales femelles domestiques*, t. II, p. 295 et suiv.; Lyon, 18[illegible]0.

(7) J.-M. Kreutzer, *Grundriss der gesammten Veterinærmedizin*, S. 665 und 671 ; Erlangen, 1853.

(8) E. Collot. *Traité spécial de la vache laitière*, 2e édition, *passim*; Paris, 1854.

à MM. N. Joly et Filhol (1), au professeur J. Gamgee (2); à MM, Magne (3), Eug. Tisserant (4), W.-Th.-J. Spinola (5), L. Lafosse (6), Dupont (7), N. Lanzillotti-Buonsanti (8), A. Zundel (9), L. Franck (10) et, sans doute, à quelques autres auteurs, dont je citerais vainement un plus grand nombre.

Mais aucun d'entre eux n'a traité le sujet avec l'extension qu'il comporte, à divers points de vue, et, si l'on veut approfondir les questions qu'il soulève, il faut rassembler et analyser un certain nombre de documents, presque tous épars, dus à Young (11), à Parmentier et N. Deyeux (12), à Vallot (13), à

---

(1) N. Joly et E. Filhol. *Recherches sur le lait* (*Mémoires des concours et des savants étrangers, publiés par l'Académie Royale de médecine de Belgique*, t. III, in-4°. p. 74 et 87; Bruxelles, 1855).

(2) J. Gamgee. *On certain Colours assumed by milk under various circumstances* (*The Veterinarian*, 4e série, vol. II, p. 149 ; London, 1856).

(3) Magne. *Choix des Vaches laitières*, 6e édition, p. 100 et 117 ; Paris (sans date).

(4) Eug. Tisserant. *Guide dans l'entretien des Vaches laitières*, 2e édition, p. 107; Lyon, 1865.

(5) W.-Th.-J. Spinola. *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie für Thierærzte*, 2te Auflage, Bd. II, S. 431 ; Berlin, 1863.

(6) L. Lafosse. *Traité de Pathologie vétérinaire*, t. III, 2e partie, p. 1277 ; Toulouse, 1868.

(7) Dupont (de Bordeaux). *Mortalité des jeunes animaux pendant l'allaitement* (*Recueil de médecine vétérinaire*, 5e série, t. VIII, p. 98; Paris, 1871).

(8) N. Lanzillotti-Buonsanti. *Manuale di Ostetricia veterinaria*, p. 514; Milano, 1871-1872.

(9) A. Zundel. *Nouvelle édition du Dictionnaire de médecine, de chirurgie et d'hygiène vétérinaires*, publié par Hurtrel d'Arboval, t. II, p. 378; Paris, 1874.

(10) L. Frank. *Handbuch der thierærztlichen Geburtshülfe*, S. 552; Berlin, 1876.

(11) Th. Young. *De natura et usu lactis in diversis animalibus*; Edinburgh, 1776.

(12) A. Parmentier et N. Déyeux. *Précis d'expériences et observations sur les différentes espèces de lait*; Strasbourg, an VII de la République.

(13) Vallot. *Du lait considéré dans ses altérations physiologiques* (*Recueil de médecine vétérinaire*, 1re série, t. III, p. 171 ; Paris, 1826).

Hermbstœdt (1), à Lecoq (2), à Al. Donné (3), à J.-C. Favre (4), à C.-H. Hertwig (5), à Vigney (6), à P.-H. Lepage (7). à R. Marchand (8), à Payen (9), à O. Delafond (10), à P.-O. Réveil (11), à Bouchardat, et Th. Quévenne (12), au professeur E. Hering, à M. Liard (13) et, enfin, à M. Vernant (14).

Ce long cortége d'observateurs différents, auxquels je me suis adressé pour apprendre, aussi exactement que possible, où en est réellement aujourd'hui la question du lait rouge, vous montre assez, par le nom de chacun d'entre eux, que, dans des

---

(1) Hermbstædt. *Ueber die blaue und rothe Milch, u. s. w.*; Leipzig, 1833. (Extrait du : Erdmann's *Journal für technische und œkonomische Chemie*, Bd. XVII).

(2) Lecoq (de Bayeux). *Mémoire sur la Mammite considérée dans la Vache* (*Recueil de médecine vétérinaire*, 2e série, t. II, p. 565 ; Paris, 1835).

(3) Al. Donné. *Du lait et en particulier de celui des nourrices*, p. 50 ; Paris, 1837.

(4) J.-C. Favre (de Genève). *De l'hématurie des feuilles, ou du pissement de sang, qui a lieu chez le gros bétail surtout, et qui, au printemps, a pour cause ordinaire le pâturage dans les taillis et les broussailles* (*Recueil de médecine vétérinaire*, 2e série, t. IV, p. 418, 426, 491 ; Paris, 1837).

(5) C.-H. Hertwig. *Encyclopædisches Wœrterbuch der mediz. Wissenschaften* Bd. XXIII (*Die Milch*); Berlin, 1840.

(6) Vigney. *Mémoire sur les différentes variétés d'hématurie dans l'espèce bovine* (*Recueil de médecine vétérinaire*, 3e série, t. III, p. 173 ; Paris, 1846).

(7) P.-H. Lepage (de Gisors). *Analyse d'un lait rose* (*Journal de Chimie médicale*, 3e série, t. III, p. 76 ; Paris, 1847).

(8) R. Marchand. *Sur un lait sanguinolent provenant d'une Vache* (observation tirée du *Journal für praktische Chemie*, Bd. XLVII, S. 129, et insérée dans le *Journal de Pharmacie et de Chimie*, 3e série, t. XVII, p. 229 ; Paris, 1850),

(9) Payen, *Sur le sérum du lait de Vache, coloré en rouge* (*Comptes-rendus des séances de la Société de Biologie*, 1re série, t. V, p. 44 ; Paris, 1854).

(10) O. Delafond. *Traité de pathologie générale comparée des animaux domestiques*, 2e édition, p. 634 ; Paris, 1855.

(11) P.-O. Réveil. *Du lait*, p. 33 ; Paris, 1856.

(12) Bouchardat et Th. Quévenne. *Du lait en général; des laits de femme, d'ânesse, de chèvre, de brebis, de vache, en particulier* (*Mémoires d'Agriculture, d'Économie rurale et domestique, publiés par la Société centrale d'Agriculture de France*, année 1856, 2e partie, p. 117 ; Paris, 1857).

(13) Liard. *Observation de lait rose* (*Journal de médecine vétérinaire militaire* t. X, p. 136 ; Paris, 1872).

(14) Vernant. *Lait rouge, le quatrième jour du vélage* (*Recueil de médecine vétérinaire*. 6e série, t. III, p. 276 ; Paris, 1876).

pays très-distants les uns des autres, le même phénomène s'est produit, à des époques très-éloignées.

Les animaux sur lesquels l'observation a porté n'appartiennent, du reste, tous, ni au même ordre, ni à la même espèce ; et, par exemple, à côté des carnivores, représentés par la chienne, on trouve, parmi les solipèdes, l'ânesse, et, parmi les ruminants, les chèvres et les vaches.

C'est, toutefois, chez ces dernières que la production d'un lait rouge a été, je ne dis pas le plus souvent constatée, mais observée avec le plus de soin.

Or, il résulte des remarques qui ont été faites jusqu'à présent, que l'addition quotidienne d'une certaine quantité de garance au régime ordinaire d'une vache provoque, après un certain nombre de jours, l'apparition d'une teinte rouge plus ou moins intense, qui se manifeste d'abord dans le produit de la sécrétion urinaire, se montre bientôt après dans le lait, et persiste encore un certain nombre de jours après la suppression de toute addition nouvelle de garance.

Cette coloration particulière, à laquelle, comme l'a démontré Flourens, les os des jeunes animaux allaités n'échappent pas non plus (1), et qui, du reste, selon l'observation de Young, apparaît d'autant plus vite que l'animal avait été soumis préalablement à une plus longue abstinence, a été surtout étudiée par les soins de Parmentier et Deyeux, et, plus tard, par Hermbstaedt. Elle paraît d'ailleurs appartenir encore exclusivement au groupe des données expérimentales ; car, selon la remarque de Spinola, elle ne s'est peut-être pas produite une seule fois naturellement.

Quoi qu'il en soit ici, comme dans les autres expériences faites à l'aide de la garance, c'est seulement au passage de la matière colorante de cette plante qu'est due la coloration rouge.

---

(1) P. Flourens. *Note sur la coloration des os d'animaux nouveau-nés, par la simple lactation de mères à la nourriture desquelles on a mêlé de la garance* (*Comptes-rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences de Paris*, t. LIV, p. 65; Paris. 1862).

qu'on voit aussi se produire dans le lait de la femme, quand celle-ci vient à être soumise à la même influence (1).

Mais, si l'on fait la part de semblables résultats et de ceux dont parle Hermbstaedt, où l'ingestion accidentelle de certaines plantes, telles que diverses espèces du genre *Galium* (les *G. rubioides*, *verum*, *boreale*), a été bientôt suivie de la production d'un lait rouge, les autres cas, dans lesquels on a vu le lait prendre une pareille teinte, se sont produits sous quelqu'une des influences diverses, qui peuvent favoriser ou déterminer l'issue du sang à travers un appareil glandulaire (2).

Lorsque, par exemple, dans le cours d'une maladie charbonneuse, une vache a produit du lait rouge, on peut admettre sans peine que l'altération générale du sang a été la cause prédisposante du phénomène; et la même condition paraît encore s'être réalisée dans les cas, comme ceux dont parlent Vallot, Favre, Villeroy, où une hématurie s'est produite en même temps, après l'ingestion de bourgeons ou de feuilles, provenant soit de quelque plante résineuse, soit de certaines plantes appartenant à la famille des Renonculacées ou à celle des Polygonées.

On conçoit de même que, sans que le fluide nourricier ait d'ailleurs subi, en dehors de la glande, aucune altération de qualité, tout ce qui aura pu déterminer un afflux disproportionné du sang vers l'appareil mammaire en fonction, constituant, par le fait, une altération de quantité du sang, sera aussi une cause prédisposante d'hémorrhagie. C'est ainsi qu'on peut, avec M. Liard, invoquer l'influence d'un brusque refroidissement général, celle aussi des efforts faits pendant

---

(1) Lagrésie a vu le lait devenir rouge chez une nourrice à laquelle il avait prescrit la décoction de garance comme médicament antilaiteux. (Citation empruntée à N. Joly et E. Filhol, *op. cit.*, p. 76.)

(2) Payen (*loc. cit.*) attribue la coloration du sérum du lait en rouge un peu orangé, dans le cas qu'il a observé, à « une modification effectuée sur un principe colorable, qui serait incolore dans le lait à l'état normal. » — M. le professeur J. Brun (de Genève), dans une lettre qu'il a bien voulu m'adresser, indique le *Vibrio xanthogenus* (qui est visible, au microscope, à un grossissement de 800 linéaire — lumière oblique), comme pouvant quelquefois colorer le lait de femme ou celui de vache en rose ou rose violet.

un part laborieux, et, avec M. le professeur Hering, celle de l'hyperémie génitale qui caractérise la période du rut (1).

A plus forte raison, certaines altérations de l'appareil mammaire, et, entre autres, la mammite, par suite des modifications anatomiques dont la portion glanduleuse de l'appareil est alors le siége, favorisent l'issue accidentelle du sang avec le lait, qui peut être en même temps mêlé de pus.

Enfin, à la suite d'un violent traumatisme, tel qu'un coup de corne (2), ou seulement à la faveur de quelque altération, même superficielle, du pis, on peut voir le sang se mêler au produit d'une laitière, d'ailleurs bien portante. C'est, en pareil cas, par des gerçures que le sang s'échappe le plus habituellement, et, si l'on ne peut repousser complètement l'opinion de ceux qui ont admis que des piqûres d'insectes puissent être suivies parfois du même résultat, ce n'est, je crois, qu'à titre de curiosité historique qu'on peut mentionner le préjugé qui a valu depuis longtemps aux vaches donnant un lait taché de sang le surnom d'*hirondelées*, sous le seul pretexte que leurs pis auraient été piqués par des hirondelles.

On voit, par l'énumération à laquelle je viens de procéder, dans combien de conditions diverses l'appareil mammaire peut laisser s'échapper du sang avec le lait. Mais le liquide auquel on donne alors généralement le nom de lait rouge (*Lac cruentum*, *Latte cruento;* Lait sanguinolent, Lait ensanglanté, Lait cruenté; *pink*, *pinkish* ou *red Milk; die blutige Milch*, *das Blutmelken*), est loin de se présenter, dans tous les cas, sous le même aspect. Tantôt, en effet, au moment où il s'échappe du trayon, le lait possède une teinte uniformément rose, rougeâtre ou même rouge, qui fixe immédiatement l'attention; tandis que, dans d'autres cas, sa teinte se rapproche plutôt de celle du café au lait.

Mais, du reste, si on le recueille dans un vase transparent,

---

(1) Voy. Hering. *Handbuch der speciellen Pathologie;* Stuttgart, 1858.
Chez la femme, on voit quelquefois se produire, à titre de déviation ou de phénomène complémentaire, une hémorrhagie mammaire, à l'époque des règles.

(2) Liard. *Loc. cit.*

on constate des différences d'aspect encore beaucoup plus grandes. Après un repos de vingt-quatre heures, le lait coloré en jaune rosé ou en rose clair ne forme, en effet, le plus souvent, pas de dépôt; les globules sanguins, ainsi que l'ont observé Bouchardat et Quévenne, ayant gagné la surface avec la crème, à laquelle ils ont communiqué une teinte rosée; tandis que la masse du lait sous-jacent a recouvré l'aspect blanc du lait normal. Le lait dont la couleur est franchement rouge laisse, au contraire, au fond du vase un dépôt dont la teinte fait soupçonner, de prime-abord, qu'il renferme des éléments du sang, en plus ou moins grand nombre.

Cependant, il ne faut pas croire que ces différences soient toujours aussi tranchées; et, par exemple, il peut arriver que, dans le lait rose, des globules sanguins, en certain nombre, gagnent le fond du vase; ce qui paraît dépendre uniquement des proportions respectives du sang et des globules butyreux. Lorsque le lait examiné contient beaucoup de sang, une partie des globules sanguins se dépose, en effet, au fond du vase, tandis que le reste gagne la surface avec la crème, et, de plus, il y a lieu de penser que l'abondance de la crème favorise l'ascension d'un plus grand nombre de globules sanguins, puisque lorsqu'on vient à ajouter du sang au sérum normal d'un lait préalablement filtré, tous les globules sanguins gagnent invariablement le fond du vase. Enfin, il est bon d'ajouter que, si l'on verse sur le filtre un lait mélangé de sang, les globules, au lieu de passer à travers le papier (comme quand on opère sur du sang défibriné), sont retenus sur le filtre avec le caséum suspendu et la matière grasse.

On voit donc que la différence que nous faisions remarquer tout à l'heure entre le lait rose et le lait rouge, différence sur laquelle les observateurs ont beaucoup insisté, dépend seulement de la proportion plus ou moins grande des globules sanguins dans un lait plus ou moins riche en crème, proportion que la couleur plus ou moins foncée du liquide eût pu faire soupçonner d'avance assez exactement.

Quant à la présence des globules sanguins, à peine est-il nécessaire d'ajouter qu'on peut toujours s'en assurer, en ayant

recours, d'une part, au microscope, et, d'autre part, à l'action de l'ammoniaque, qui, sur une préparation, les fera disparaître, et à celle de l'éther, qui, sur une autre préparation, les rendra plus apparents, en dissolvant les globules butyreux.

Mais, du reste, ainsi que l'a fait remarquer le professeur Gamgee, — que l'on soit ou non parvenu à constater la présence des éléments figurés du sang, — pour établir la réalité du mélange de ce liquide avec le lait, il suffit d'avoir constaté, à l'aide des moyens connus, la présence de l'hématine.

Je viens de retracer devant vous, Messieurs, l'histoire générale du lait rouge, et je me suis à dessein appesanti, chemin faisant, sur quelques-unes des particularités les plus importantes du sujet. Au risque de lasser peut-être votre bienveillante attention, que je réclame encore pour quelques instants, je l'ai fait d'autant plus volontiers qu'aucun des ouvrages, les plus récents, publiés en France ou à l'étranger, ne s'est, à mon avis, suffisamment occupé d'un sujet sur lequel il est bon que l'on soit prêt à répondre aux questions diverses qui peuvent être adressées à chacun d'entre nous.

C'est ainsi, par exemple, que M. P. Cagny fils (de Senlis), à qui nous devons l'occasion de nous occuper du sujet sur lequel il a lui-même appelé votre intérêt, fut consulté, le 21 décembre dernier, pour une vache qui, « au lieu de lait, fournissait un liquide, se prenant en caillots, noirs comme du sang. »

La plupart d'entre nous ont sans doute encore présents à la mémoire les trois flacons, en verre transparent, qui renfermaient des échantillons différents de ce liquide : dans l'un d'eux, marqué du 1er janvier 1877, le lait avait, dans toute sa hauteur, la couleur d'une préparation à base de sesquioxyde de fer; dans l'autre, marqué du 7 janvier, il avait l'aspect d'une émulsion au baume de tolu, légèrement teintée de rose pâle; enfin, dans le dernier, il ressemblait, à tous égards, au meilleur lait ordinaire d'une vache.

Or, l'animal de qui provient le lait dont les échantillons nous ont été présentés, est une vache hollandaise, qui avait été achetée en 1871, étant à son premier veau, et qui donnait alors, habituellement, de 18 à 20 litres de lait.

Dans la matinée du 30 décembre 1876, elle a de nouveau mis bas un veau, qui est venu à terme et sans difficulté. Elle était, du reste, dans un état général très-satisfaisant; son appétit était parfaitement conservé, et les mamelles ne paraissaient être le siége d'aucune sensibilité inusitée. Cependant, le pis, selon l'expression de l'observateur, « n'était pas aussi beau que d'habitude, et la bête était plus dure à traire. » Aussi n'est-ce qu'après quelques manipulations que l'on parvint à obtenir « environ 4 litres d'un liquide presque noir, au fond duquel se déposèrent des caillots de sang »; et, jusqu'au lendemain matin, on ne put rien recueillir de différent.

Ce jour-là, toutefois, M. P. Gagny, assistant lui-même à la traite et ayant pris la précaution de faire recevoir le produit des mamelles dans un vase préalablement lavé avec soin, constata que liquide obtenu avait une couleur moins foncée que la veille et rappelant plutôt celle du chocolat, quel que fût d'ailleurs celui des trayons d'où il provînt.

C'est précisément un échantillon de ce liquide, que renfermait le flacon daté du 1er janvier. Vous avez pu remarquer, Messieurs, que la coloration indiquée par M. P. Gagny s'était, dans l'intervalle, sensiblement modifiée; et, du reste, l'observateur lui-même, en adressant l'échantillon à la Société, notait déjà, de son côté, un changement général d'aspect, qu'il traduisait, en disant qu'il s'était « déposé, au fond du vase, un caillot presque noir »; tandis qu'on apercevait, au milieu du flacon, des grumeaux, en grand nombre, flottant dans un liquide coloré en rouge-brique, et, à la partie supérieure, une couche de crème et de globules graisseux, colorée en rouge plus foncé.

Le 7 janvier au matin, M. P. Gagny, assistant de nouveau à la traite, recueille, au lieu d'un liquide rappelant par son aspect un mélange de chocolat et de lait, à la sortie du pis, un lait dont la teinte est seulement légèrement rosée et dont les premières gouttes présentent seules cette coloration, tandis que les dernières portions du liquide fourni par la traite ont l'apparence normale du lait.

L'examen microscopique, dû à l'un de nos honorables confrères, M. le docteur Challan (de Senlis), lui a permis de con-

stater, dans un échantillon pareil à celui que M. H. Benjamin a placé sous nos yeux, de très-nombreuses cellules graisseuses, parsemées de globules sphériques, beaucoup plus petits et solubles dans l'éther, en même temps que des cellules épithéliales et seulement quelques globules sanguins déformés. Dans l'échantillon daté du 1er janvier et examiné vingt jours plus tard, le même observateur avait, au contraire, trouvé ces derniers en très-grand nombre et très-altérés, en même temps que des masses pigmentaires, disséminées, qui lui ont paru n'être autre chose que de l'hématine en décomposition. Les cellules épithéliales pavimenteuses que le liquide renfermait également, en grand nombre, étaient déchiquetées et infiltrées d'hémato-globuline et mêlées à quelques traces d'acini glandulaires, ainsi qu'à un petit nombre de cristaux de chlorure de sodium et peut-être d'uroxanthine.

Tels sont, Messieurs, les renseignements qui nous ont été transmis sur les divers caractères du lait fourni, aux dates que vous connaissez, par la vache dont M. P. Gagny a recueilli l'observation. Ajoutons que, le 20 janvier, le lait avait déjà repris, depuis plusieurs jours, son aspect normal, et qu'il se produisait en quantité assez considérable pour qu'il fût nécessaire de traire la bête tous les soirs, bien qu'on eût laissé le veau entièrement libre de la téter.

Voilà donc un exemple de cruentation passagère du lait marquant, sans cause pathologique appréciable, le début d'un nouvel allaitement, chez une vache dont la lactation s'était accomplie régulièrement, à la suite d'un premier vêlage, quelques années auparavant; et ce fait, dont j'ai essayé de faire ressortir devant vous les principales particularités, n'est pas sans précédents. Avec ceux de MM. Marchand, Liard et Vernant, il établit positivement qu'*on peut voir se produire chez la vache, au début de la lactation, un accident, caractérisé par la cruentation du lait, et disparaissant au bout de quelques semaines, sans que l'animal ait semblé ou semble en éprouver aucune souffrance, locale ou générale, actuelle ou consécutive.*

Mais, quelle est, en pareil cas, la cause du phénomène? M. P. Gagny, dans une note manuscrite qui accompagnait les échan-

tillons recueillis par ses soins, nous apprend que, dans les pays où l'on n'a pas l'habitude de laisser le veau téter sa mère, les propriétaires d'animaux voient parfois (quoique assez rarement) le premier produit de la mulsion, immédiatement après le part, se présenter avec une couleur brune, assez foncée, qui ressemble à celle d'un mélange de sang et de lait, ou même à celle du sang pur, et qui se maintient, avec l'un ou l'autre de ces deux caractères, durant quelques jours. Le produit de la sécrétion mammaire se montre ensuite avec ses caractères normaux, sans que la vache ait paru éprouver aucun malaise; de telle sorte qu'il semble qu'on ait affaire, dans ces divers cas, à une simple anomalie de sécrétion qui, dans les uns, a précédé absolument la sécrétion du lait ordinaire, et qui, dans les autres, l'a momentanément remplacée, peu de jours après qu'elle avait commencé.

Mais quelle est la cause qui a déterminé cette irrégularité, que divers agriculteurs (1) nous disent tous avoir vu se produire quelquefois?

Ici, en raison des détails précis que renferment les observations, la coloration inusitée du lait ne peut être attribuée à l'usage que les bêtes auraient pu faire d'une plante tinctoriale; c'est bien à la présence de la matière colorante du sang qu'est due la couleur rouge du lait.

L'absence de tout phénomène morbide concomitant exclut l'idée d'une altération du fluide nourricier par un principe quelconque, comme, par exemple, dans les cas où la vache est en même temps atteinte d'hématurie.

On ne peut non plus mettre en cause l'existence d'une affection locale, telle qu'une mammite hémorrhagique, dont l'observateur n'aurait certainement pas méconnu l'existence et qui, du reste, aurait dû être double, puisque tous les trayons fournissaient un liquide semblablement coloré. — De même, on ne peut admettre que *tous* les trayons aient été *simultanément*, et surtout pendant une durée aussi courte, frappés de fissures, qui

---

(1) M. Clément, ancien élève-lauréat de l'École de Grignon, nous a dit verbalement avoir été plusieurs fois témoin de faits de ce genre, en Lorraine.

d'ailleurs ne laissent échapper le sang qu'en assez petite quantité et sous forme de stries, plus ou moids nombreuses, mêlées au lait.

Peut-être alors pourrait-on invoquer l'influence de la traite, qui, n'aboutissant pas assez vite au but qu'on se proposait en la pratiquant, a dû se prolonger. Al. Donné, en effet, observant, il est vrai, sur des animaux d'une autre espèce — deux ânesses, appartenant à l'établissement bien connu de M. Damoiseau, — a vu le lait s'échapper, avec une légère teinte rousse, des pis de ces deux bêtes, qui étaient très-fatiguées et chez qui la traite avait notoirement été poussée trop loin (1).

Cette hypothèse, qui fait intervenir en réalité l'influence d'une suractivité circulatoire provoquée, est, en effet, soutenable. Elle ne paraît toutefois pas s'être présentée à l'esprit de M. P. Cagny ; et pourtant l'observateur lui-même nous apprend que le pis de la vache n'était pas « aussi beau que d'habitude », que la bête a été « plus dure à traire » et que le liquide obtenu n'est venu « qu'après quelques manipulations. » Ailleurs aussi, dans les renseignements que M. P. Cagny nous fournit d'après les résultats de l'enquête qu'il a faite lui-même, nous apprenons également que, chez d'autres vaches ayant produit du lait rouge, les observateurs auxquels il s'est adressé ont constaté que le pis, « au lieu de se faire quelques jours auparavant, comme d'ordinaire, est resté peu développé jusqu'au dernier moment. »

Ces particularités indiquent bien que la sécrétion du lait ne s'est pas faite sans difficulté, dans les divers cas auxquels l'observateur lui-même fait allusion, et, comme, dans plusieurs d'entre eux, aussi bien que dans celui dont il a relaté l'histoire détaillée, il s'agissait de vaches qui, antérieurement, avaient eu déjà au moins un veau et fournissaient du lait, on ne peut arguer d'aucune anomalie de structure, pour expliquer l'entrave subie momentanément par la sécrétion d'un lait normal.

(1) L'examen microscopique du liquide a permis d'y constater la présence des éléments figurés du sang.

Il y a donc lieu de faire, on le voit, au moins pour certains cas, dans l'étiologie du phénomène qui nous occupe, une part à l'influence possible de la traite ; et, ce qui le prouve, c'est ce que nous apprend M. P. Cagny lui-même, à savoir que la production du lait sanguinolent s'observe « dans les pays où l'on n'a pas l'habitude de laisser le veau téter sa mère », c'est-à-dire, si je ne me trompe, dans ceux ou la formation du pis et l'issue du lait sont provoquées par un procédé différent de la succion et plus ou moins irrégulièrement employé.

M. P. Cagny, que l'explication précédente, ainsi que je l'ai dit tout à l'heure, ne paraît pas avoir préoccupé, est disposé à attribuer la production du lait sanguinolent à un afflux subit et considérable de sang dans les mamelles, après le vêlage.

Il faut évidemment qu'un pareil afflux se produise, pour que du sang, en natnre, se mêle ostensiblement au produit habituel de la sécrétion mammaire ; et c'est précisément comme cause déterminante de cet afflux intempestif, que j'ai cru devoir désigner à l'attention ultérieure des observateurs les inconvénients de la traite, lorsqu'elle est, entre des mains inhabiles, substituée trop tôt à la succion par le jeune animal.

Si je m'appesantis autant sur cette étiologie particulière de la production d'un lait rouge, dans un certain nombre de cas, c'est que, bien qu'elle ait été signalée ou admise par quelques auteurs (1), elle me paraît avoir trouvé dans l'observation de M. P. Cagny une démonstration formelle, qui, au point de vue pratique, porte en elle son enseignement.

J'ajouterai que, quand on songe à la délicatesse des tissus dont se composent, chez la femme, l'appareil mammaire et son enveloppe tégumentaire, et quand on se rappelle que quelquefois, sans autre cause appréciable que l'influence du *molimen* mensuel, de véritables ecchymoses se montrent sous la peau,

---

(1) Cf.: Parmentier et N. Deyeux. *Op. cit.*, p. 177. — Al. Donné, *loc. cit.* — Tisserant, *loc. cit.* — N. Lanzillotti-Buonsanti, *loc. cit.* — Réveil, *loc. cit.*

autour du mamelon (1), on peut être surpris de voir que le lait ne prenne pas plus souvent une teinte rouge chez les nourrices (2). Peut-être, pourtant, pour s'expliquer cette différence de résultat, suffirait-il de se rappeler aussi que la femme échappe précisément à l'opération de la traite.

Ce n'est pas à dire, bien entendu, que la traite seule suffise; car, sans cela, le phénomène qui nous occupe se produirait beaucoup plus souvent : il faut encore qu'elle soit faite prématurément et maladroitement, abstraction faite, du reste, de l'aptitude que telle espèce animale pourrait avoir à laisser le sang s'échapper facilement par l'appareil mammaire dans de semblables conditions (3).

Mais, Messieurs, quelles qu'aient pu être les conditions à la faveur desquelles le lait se soit coloré en rouge par suite de son mélange avec le sang, faut-il tenter de faire quelque chose pour entraver la durée du phénomène, et quel usage pourra-t-on faire d'ailleurs du produit obtenu? Faut-il,—reconnaissant que la production du lait rouge, même dans les cas ou elle a duré plusieurs semaines, finit toujours par cesser spontanément avec sa cause déterminante,—mais partageant toutefois les appréhen-

---

(1) Cf. : Astley Cooper. *Œuvres chirurgicales complètes*, trad. française par E. Chassaignac et G. Richelot, p. 535; Paris, 1837.

John Birkett. *Diseases of the Breast and their treatment*, p. 157; London, 1850.

A. Velpeau. *Traité des maladies du sein et de la région mammaire*, 2e édition, p. 170; Paris, 1858.

(2) Il n'existe, à ma connaissance, qu'un seul cas de ce genre, publié en 1770 par Viger (de Saintes) dans une Note intitulée : *Lettre sur une couleur de rose éclatante, que prenait, au bout de quelque temps, le lait d'une nouvelle accouchée* (*Journal de medecine, chirurgie, pharmacie*, etc., t. XXXII, p. 222; Paris, 1770). La personne qui fait le sujet de l'observation, était une femme, âgée de 37 ans, qui était accouchée heureusement le 14 août 1769, et chez qui l'accouchement n'avait été suivi d'aucune autre particularité que la sécrétion d'un lait qui, « reçu sur une serviette, conservait sa couleur blanche pendant une demi-heure et davantage, et se changeait ensuite en une couleur de rose, si vive et si tenace, que l'eau simple ne pouvait l'enlever et que l'eau de savon l'effaçait à peine. Cet écoulement prodigieux n'a duré que trois jours. »

(3) Selon Réveil, il est très-difficile de traire la plupart des animaux carnivores, sans que leur lait soit mélangé de sang (*loc. cit.*, p. 33).

sions de quelques observateurs, faut-il proscrire, d'une manière absolue, l'emploi d'un pareil lait, comme s'il s'agissait d'un aliment dangereux? Peut-on, au contraire, en raison de sa couleur, qui peut lui valoir la répugnance de bien des consommateurs, le laisser boire au moins par les animaux? Enfin, ce liquide serait-il susceptible d'offrir des avantages particuliers, capables de lui mériter, à certains points de vue, une préférence motivée?

A la première de ces trois questions, certains faits, si on les relevait sans examen, sembleraient donner immédiatement une réponse positive et confirmer l'opinion de M. Dupont (de Bordeaux), à savoir que le lait sanguinolent est non-seulement impropre à l'alimentation, mais capable de déterminer, du côté des voies digestives, divers accidents, plus ou moins graves (1). On sait, en effet, que, dans un cas dont M. Vernant a donné la relation l'an passé, une vache, au quatrième jour du vêlage, ayant fourni du lait teinté de rouge, « le veau, jusque-là bien portant, était mort le lendemain. »

Mais, d'autre part, on sait aussi que, dans le cas publié par Marchand, « le veau le prenait sans répugnance et le digérait parfaitement, bien que les caractères et la composition de ce lait différassent, d'une manière remarquable, du lait ordinaire. » Notre vénérable collègue, M. Huzard, nous a dit également (2) avoir été témoin autrefois, dans deux fermes différentes, de cas dans lesquels les veaux avaient consommé un pareil lait sans inconvénient. De son côté, M. P. Cagny nous apprend que, dans le cas qu'il a observé, « le veau, attaché derrière sa mère,

---

(1) Chez la femme, lorsque le mamelon est le siége de gerçures, si celles-ci sont tant soit peu profondes, et si la succion est un peu forte, il n'est pas rare qu'il s'écoule de la petite plaie une certaine quantité de sang, que l'enfant peut avaler avec le lait et qu'on peut retrouver, soit dans les langes de l'enfant (au milieu de ses selles) soit dans les matières qu'il a pu vomir. Aussi, en pratique, ne doit-on pas admettre d'emblée que le sang ait une autre provenance, avant de s'être bien assuré que la nourrice n'est atteinte d'aucune fissure du mamelon; et, dans ce dernier cas, l'expérience autorise à porter, on peut dire sans réserve, un pronostic favorable.

(2) Voy. *Bulletin de la Société centrale de médecine vétérinaire*, 4e série, t. I, p. 84; Paris, 1877.

a pu, en dépit des recommandations faites pour qu'on l'en empêchât, la téter librement, dès le jour de sa naissance (20 décembre) » ; et pourtant, au moment où l'observation nous a été transmise, l'animal était, paraît-il, « très-fort et vigoureux, mieux développé déjà que ne le sont habituellement les animaux de la même espèce, au même âge ». Or, comme le jeune animal n'a jamais voulu boire d'autre lait que celui de sa mère, il est évident que la quantité et la qualité de celui que la vache avait fourni jusque-là, ont été au moins suffisantes à la consommation d'un jeune veau bien portant.

Que faut-il en conclure? Devrait-on, partageant une idée enthousiaste, croire, avec M. P. Gagny, que, « si ce lait est réellement plus nourrissant que le lait ordinaire, » on pourrait, en en préparant artificiellement d'à peu près semblable, fournir à la médecine humaine « un liquide très-tonique, capable de rendre de grands services? »

On voit, Messieurs, combien la différence serait grande entre les conclusions à tirer des observations sur lesquelles s'appuient MM. Dupont et Vernant, d'un côté, et, d'autre part, MM. Marchand, Huzard et P. Cagny, tous cinq ayant du reste en vue le lait devenu rouge dans les mêmes conditions générales, c'est-à-dire après le vêlage, et abstraction faite de la durée du temps pendant lequel les jeunes animaux ont pu téter un pareil lait.

Sans vouloir essayer de faire ici pencher la balance de l'un des deux côtés, en raison surtout du nombre encore très-restreint des observations qui sont comporables entre elles, je ferai toutefois remarquer que, dans le cas publié par Marchand, la durée de ce temps a été de trois semaines.

Enfin, l'observation publiée par M. Liard, observation qui nous montre également un veau tétant un semblable lait durant dix-neuf jours, sans aucun inconvénient appréciable, nous apprend, en outre, comme le fait d'ailleurs celle de M. Vernant, que les porcs adultes ont pu consommer aussi le même liquide, en grande quantité, durant plusieurs jours; et, par conséquent, si des chiens, qui « *peut-être* » en ont un jour trop bu « dans l'auge des porcs, où le produit des traites était quotidiennement

jeté, » ont eu, dans la nuit suivante, des vomissements et de la diarrhée, pourrait-on, sur ce seul résultat, admettre que les chiens ne puissent consommer sans inconvénients le lait rouge consécutif au vêlage?

Je me bornerai à poser les diverses questions que je viens de présenter, et dont la solution ne peut nous venir que de l'examen des observations qui seront recueillies ultérieurement. Il en sera sans doute de même pour l'opinion émise par Loiset, qui considérait l'apparition du lait rouge après le vêlage comme « le signe d'une abondante lactation. »

Mais, Messieurs, quelque doive être cette solution, nous n'en serons pas moins redevables à M. P. Cagny d'une très-intéressante communication, dont j'ai cherché à faire ressortir devant vous les particularités les plus instructives.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES HÉMATOCÈLES PÉRI-UTÉRINES, ET NOTAMMENT DE L'HÉMATOCÈLE PAR NÉO-MEMBRANES PELVIENNES. — DE LA PACHYPÉRITONITE HÉMORRHAGIQUE.

Par le Dr Jules Besnier.

(SUITE) (1).

IV.

En premier lieu, relativement aux conditions dans lesquelles survient la pelvi-péritonite en question, c'est-à-dire la pelvi-péritonite qui marque le début des hématocèles communes, l'apparition de ces dernières à une époque menstruelle ne suffit pas pour la faire regarder comme une pelvi-péritonite par hé-

---

(1) Voir les numéros de juin, p. 401 et Août, p. 110.

morrhagie. Il est, en effet, des pelvi-péritonites séro-adhésives, qui se montrent au moment de la menstruation. Nous aurons plus d'une fois occasion de revenir sur ces pelvi-péritonites menstruelles, car, au point de vue qui nous occupe, elles sont très-importantes à prendre en considération. D'un autre côté, il est des hématocèles à terminaison favorable, et par là même rentrant par leurs symptômes dans le groupe des hématocèles communes, qui surviennent ou plutôt débutent dans l'intervalle des règles. Ces hématocèles intermenstruelles paraissent peu fréquentes, mais leur existence n'est contestée par aucun auteur, et prouve que l'intervention de la mentruation n'est pas nécessaire, sinon pour la production d'une tumeur hématique, du moins pour le début de certaines hématocèles.

Quant aux douleurs pelviennes qui précèdent si souvent, et quelquefois pendant des mois, la formation de l'hématocèle, est-il nécessaire de faire remarquer qu'elles n'ont aucune valeur comme signe d'une péritonite par hémorrhagie, qu'il y ait ou non suppression des règles. Bien plus, elles seraient au contraire une preuve à invoquer en faveur de l'existence d'une pelvi-péritonite séro-adhésive ordinaire, primitive ou secondaire, et dont le début serait déjà éloigné ; car, comme le dit Bernutz, à propos de cette dernière affection, la douleur est « le phénomène saillant de la pelvi-péritonite », « le cri d'alarme qui vient nous avertir du travail pathologique qui se produit dans la cavité pelvienne » (1).

Il en est de même des troubles menstruels. En effet la dysménorrhée, la suppression brusque des règles, la menstruation incomplète, qui existent quelquefois antérieurement à l'hématocèle, sont précisément les conditions qui président le plus souvent au développement des pelvi-péritonites menstruelles,

D'autre part, si les ménorrhagies ou les métrorrhagies s'observent souvent au début des hématocèles, on les rencontre non moins souvent dans les pelvi-péritonites séro-adhésives ordinaires. Bien plus, dit encore Bernutz, « elles sont si fré-

---

(1) Bernutz et Goupil, loc. cit., t. II, p. 203.

quentes dans le cours des pelvi-péritonites et offrent une telle importance, que bien que ce symptôme ne puisse être regardé comme un épiphènomène propre à l'inflammation de la séreuse pelvienne, il constitue néanmoins un des signes primordiaux des orchites féminines » (1). C'est même sur cette fréquence que cet auteur s'appuie pour ne pas voir dans la coïncidence d'une pelvi-péritonite et d'une métrorrhagie un signe pathognomonique de l'hématocèle, comme a voulu le faire Laugier. Ajoutons que les métrorrhagies se montrent surtout dans les pelvi-péritonites menstruelles, et qu'à elles seules elles suffisent à expliquer la pâleur de la face et l'anémie, que présentent souvent les malades atteintes d'hématocèles, et auxquelles on a attaché également une grande importance, comme signe de diagnostic pour ces affections.

D'ailleurs l'interprétation que Bernutz donne à ces troubles menstruels n'est pas à l'abri d'objections graves. Ainsi, lorsqu'il y a eu retard ou suppression des règles datant de un mois ou plus, il voit dans cet état une rétention, c'est-à-dire un défaut d'excrétion; alors qu'il n'est pas prouvé qu'il y ait eu sécrétion des menstrues, ou que le molimen menstruel ait existé à un degré exagéré, les douleurs pelviennes qui existent alors ne suffisant pas pour établir qu'il en a été ainsi, puisqu'elles dénotent plutôt, comme nous venons de le voir, un travail inflammatoire. S'il y a eu métrorrhagie, ce phénomène indique bien si l'on veut une exsudation sanguine exagérée de la muqueuse tubo-utérine; mais pour comprendre alors la formation d'une hématocèle métrorrhagique, c'est-à-dire avec migration du sang dans le péritoine par les trompes, il faut admettre de deux choses l'une : ou bien que cette exsudation est telle que les voies normales ne suffisent plus à l'écoulement du sang à l'extérieur, alors que la métrorrhagie indique que cet écoulement est aussi facile que possible; ou bien qu'il survient momentanément une contraction spasmodique du col utérin et que cette contraction est capable d'amener la suspension de cet écoulement, la distension de l'utérus et le reflux du sang par les

(1) Bernutz et Goupil, loc. cit., t. II, p. 22.

trompes, toutes choses qui ne sont pas prouvées, comme le fait remarquer Gallard. L'interprétation de Bernutz, dans l'un et l'autre cas, ne repose donc que sur des hypothèses ; ces hypothèses concordent, il est vrai, avec la théorie du reflux, mais cela ne suffit pas pour les faire admettre, d'autant moins que cette théorie, comme nous le verrons, n'est pas indispensable pour l'explication de la formation de l'hématocèle dans les faits qui nous occupent.

Ainsi, rien dans les circonstances, qui précèdentou accompagnent le début des hématocèles communes, ne prouve que la pelvi-péritonite qui se développe alors soit une péritonite par hémorrhagie.

En second lieu, les caractères mêmes de cette pelvi-péritonite, sa bénignité ou son intensité modérée, sa marche progressive ou par saccades plus ou moins accentuées, plaident en faveur d'une péritonite séro-adhésive ordinaire.

En effet, il serait d'abord singulier qu'un fait toujours le même, l'arrivée du sang dans la cavité péritonéale, et qui produit toujours une sorte de traumatisme interne, contre lequel doit réagir et réagit la séreuse pelvienne, puisqu'il y a péritonite; il serait singulier que ce fait pût déterminer des effets aussi différents que ceux que signale Bernutz. Ces péritonites excessivement variables, qu'il décrit avec tant de soin, ne pourraient s'expliquer que si l'on admettait que, suivant les cas, le sang afflue en plus ou moins grande quantité, avec plus ou moins de soudaineté; et que le péritoine réagit, dans chaque cas, à sa façon, c'est-à-dire suivant son impressionnabilité propre, ou son idiosyncrasie. Mais ne seraient-ce pas là autant d'hypothèses plus faciles à admettre qu'à démontrer? D'ailleurs, on vient de le voir, Bernutz lui-même hésite devant cette interprétation, puisqu'il fait intervenir, à propos de la péritonite marchant par saccade, l'extension du travail inflammatoire.

D'un autre côté, dans les cas où il s'agit bien d'hématocèles avec péritonite par hémorrhagie, comme ceux qui obligent les malades à s'aliter dès le début de l'affection, et dans lesquels on constate de bonne heure la présence de la tumeur héma-

tique, les accidents sont brusques et intenses dès leur apparition : « Les malades, dit Bernutz, en ayant en vue ces faits, sans frisson initial, tout à coup ou immédiatement après la sensation d'un craquement, d'un déchirement dans les reins... sont prises d'une douleur subite, vive, dans la partie inférieure du ventre, qui les force en général à interrompre immédiatement leurs occupations pour prendre le lit... » (1).

« En général, dit aussi Gallard en parlant des mêmes faits, le début de la maladie est plutôt rapide et instantané que lent et progressif; ce qui se comprend du reste, car il s'agit ici d'une hémorrhagie et le sang doit assez rapidement s'étancher hors de ses voies pour fournir une collection morbide... » (2).

Enfin, s'il n'est pas péremptoirement établi que la péritonite par hémorrhagie a toujours ce début brusque, instantané; il est par contre hors de toute contestation que la péritonite séro-adhésive qui se montre dans les conditions ordinaires peut offrir toutes les nuances de gravité, signalées par Bernutz, à propos de la pelvi-péritonite qui s'observe au début des hématocèles; qu'elle peut être bénigue, modérée, ou bien plus ou moins grave à son apparition, qu'elle peut aller en s'aggravant progressivement ou marcher par saccades, correspondant aux époques menstruelles, c'est-à-dire présenter « des recrudescences inflammatoires, qui sont si communes dans l'inflammation de la séreuse pelvienne, qu'elles constituent presque un caractère fondamental de l'affection. » (3).

Conséquemment nous aurions par là même autant de raisons pour regarder ces pelvi-péritonites, dont nous recherchons l'origine ou la nature, comme des pelvi-péritonites séro-adhésives ordinaires, que pour les considérer comme des péritonites par hémorrhagie. Mais il y a plus encore; en effet, lorsque la pelvi-péritonite séro-adhésive survient *à l'époque cataméniale*, elle peut éclater avec une certaine soudaineté et une certaine intensité; de telle sorte que dans ces cas, elle ne se distingue

(1) Bernutz, Art. *Hématocèle*, loc. cit., p. 318.
(2) Gallard, loc. cit., p. 650.
(3) Bernutz et Goupil, loc. cit., t. II, livre des *Pelvi-péritonites*, p. 213.

de la péritonite par hémorrhagie, que parce qu'elle n'a pas le début instantané et l'accroissement rapide qui caractérise cette dernière.

Si quelque doute existait à cet égard, le passage suivant nous paraît bien fait pour les dissiper : « Il ne suffit pas pour le diagnostic d'hématocèle, qu'on voie, après des troubles antécédents de la menstruation, éclater, à une période cataméniale, une péritonite d'une intensité moyenne, qui donnera lieu, au bout d'un nombre plus ou moins considérable de jours, à une pseudo-tumeur légèrement saillante d'une part dans une des fosses iliaques, légèrement proéminente d'autre part en arrière de l'utérus ; qui de plus a pu être fluctuante au début, pour offrir ensuite une sensation analogue à celle d'un phlegmon, qu'on ne rencontre pas dans l'hématocèle. Il faut, pour qu'on dise avec quelque certitude que celle-ci existe, que le début de la péritonite ait été *instantané*, qu'elle ait *présenté presque tout de suite le maximum d'intensité* qu'elle offrira dans le premier mois ; que la tumeur qu'elle détermine ait acquis, presque aussitôt qu'on a pu la percevoir, le volume maximum qu'elle aura pendant le premier mois, au lieu de l'augmentation graduelle qu'on observe dans la première phase assez longue de la pelvi-péritonite séro-adhésive menstruelle... Mais du reste, ce diagnostic différentiel importe peu aujourd'hui pour le traitement, parce que la ponction n'est plus employée que très-exceptionnellement, et parce que le diagnostic de pelvi-péritonite séro-adhésive ou hémorrhagique n'emporte plus l'application d'une formule de traitement réglée d'avance pour l'une ou pour l'autre de ces *deux affections pour ainsi dire sœurs...* » (1).

Que le diagnostic différentiel dont il est ici question, soit peu important au point de vue du traitement, nous l'accordons ; mais on ne saurait nier qu'il ait une importance capitale, au point de vue qui nous occupe. De ce passage, j'allais dire de cet aveu de Bernutz, car c'est encore lui qui parle ainsi, il suit en effet que, pour qu'on puisse dire avec quelque certitude, qu'il existe une hématocèle (et il s'agit ici bien évidemment d'une

(1) Bernutz, Art. *Hématocèle*, loc. cit., p. 332.

hématocèle avec péritonite par hémorrhagie, et sans doute par reflux du sang par les tempes); il ne suffit pas qu'il éclate, après des troubles antécédents de la menstruation et même à une époque cataméniale, une péritonite d'intensité moyenne, et suivie de l'apparition d'une tumeur péri-utérine. Il faut encore notamment que cette péritonite ait eu un début instantané et ait présenté presque tout de suite son maximum d'intensité. En d'autres termes, dans ces cas, abstraction faite de la tumeur ou de la pseudo-tumeur qui, comme nous l'avons dit, nous importe peu ici; pour qu'on puisse affirmer qu'il s'agit bien d'une péritonite par hémorrhagie, il faut que cette péritonite ait eu un début instantané et ait atteint très-rapidement son maximnm d'intensité; sinon on a affaire à une péritonite séro-adhésive ordinaire et menstruelle. Que penser dès lors de ces péritonites modérées, bénignes ou très-bénignes, qui, comme nous l'avons vu, marquent le début des hématocèles communes et à terminaison favorable; qu'en penser, si ce n'est qu'il s'agit bien alors de pelvi-péritonites séro-adhésives ordinaires et menstruelles?

Ayant pris pour point de départ la description clinique que Bernutz donne des hématocèles, nous n'avons eu en vue jusqu'ici que sa théorie. Mais il est de toute évidence que les théories similaires, c'est-à-dire qui admettent que dans ces affections il y a toujours péritonite par hémorrhagie, telles que celles qui mettent en cause l'ovulation spontanée, la congestion exagérée de l'ovaire, une ponte extra-utérine, etc., sont passibles des mêmes objections ou d'objections analogues, lorsqu'il s'agit de la péritonite par laquelle débutent les faits que nous examinons. Il est donc inutile de nous arrêter à chacune d'elles en particulier; du reste nous aurons occasion d'en parler ultérieurement.

VI.

La discussion précédente nous a montré que les péritonites pelviennes bénignes ou modérées, par lesquelles débutent les

hématocèles communes et à terminaison favorable, les seules dont nous nous occupions, ne sont pas des péritonites par hémorrhagie, mais bien des pelvi-péritonites séro-adhésives ordinaires. Il suit de là nécessairement que, dans ces hématocèles, la pelvi-péritonite a précédé l'épanchement sanguin circonscrit et enkysté, qui avec cette pelvi-péritonite constitue la tumeur hématique, dont l'existence au voisinage de l'utérus n'est constatée que tardivement. Dès lors, à moins de ne voir là que des faits de coïncidence, ce qui, comme nous l'avons dit à propos de notre observation, nous conduirait au démembrement des unités pathologiques les mieux établies ; nous devons regarder ces hématocèles comme des hématocèles par néo-membranes pelviennes, au même titre que celle que nous avons citée, c'est-à-dire des affections dans lesquelles la tumeur hématique, non-seulement succède à un moment donné à la pelvi-péritonite même qui alors caractérise l'hématocèle à sa période initiale, mais encore reconnaît cette pelvi-péritonite pour cause prochaine.

Nous reviendrons dans un instant sur la manière dont nous comprenons la formation de la tumeur sanguine, dans les conditions que nous venons d'indiquer. Mais nous avons hâte de faire une remarque qui a son importance. Pour admettre, comme nous venons de le faire, que dans les hématocèles communes *la pelvi-péritonite préexiste à la tumeur hématique*, si nous ne pouvons invoquer le résultat de l'examen des malades pratiqué au début des accidents, puisque cet examen, nous l'avons établi, fait alors habituellement défaut; du moins, nous nous appuyons, pour l'interprétation des phénomènes qui précèdent ou caractérisent la période initiale de ces affections, sur les notions que nous possédons actuellement sur le début et les symptômes des pelvi-péritonites séro-adhésives ordinaires, et qui sont hors de toute contestation. Dans l'interprétation contraire, c'est-à-dire lorsqu'on admet que, dans ces mêmes faits, l'épanchement sanguin a précédé la péritonite et que par là même il y a péritonite par hémorrhagie, on ne tient aucun compte de ces notions, et notamment de celles qui ont trait aux pelvi-péritonites menstruelles. On conclut, il est vrai, des hématocèles à termi-

naison fatale aux hématocèles à terminaison favorable; mais en le faisant, on ne fait aucune distinction entre les péritonites aiguës ou suraiguës qui s'observent dans les premières, et les péritonites « d'une intensité excessivement variable » qui se montrent dans les secondes. On préjuge la question en faveur d'une théorie, ou des théories qui veulent que dans l'hématocèle, quelle qu'elle soit quant à son début, sa marche et sa terminaison, il y a toujours péritonite par hémorrhagie. On n'a ainsi pour soi qu'une hypothèse gratuite, pour ne pas dire en contradiction avec les faits, sans compter celles qu'on est encore obligé de faire pour expliquer l'arrivée du sang dans la cavité péritonéale, et que nous aurons occasion de signaler en temps et lieu.

Du reste Bernutz lui-même n'est pas sans reconnaître tout ce qu'il y a de théorique dans cette manière d'interpréter les faits que nous avons en vue, lorsqu'il dit :

« Les difficultés réelles du diagnostic de l'hématocèle, quand on fait abstraction des faits complètement exceptionnels, résultent surtout de ce que la péritonite initiale est, dans un grand nombre de cas, très-bénigne, mal caractérisée; et que les malades, après quelques jours de repos, ont pu vaquer incomplètement aux soins de leur ménage. Elles rendent alors très-mal compte de ce qu'elles ont éprouvé pendant le *long temps* qui s'est écoulé avant leur entrée à l'hôpital, et de ce que le médecin qu'elles ont appelé a observé; *de sorte que vous ne savez pas si la tumeur pelvienne que vous constatez, préexistait aux douleurs mal définies*, auxquelles elles ont été en proie, si elle a été d'emblée considérable, si elle s'est accrue par saccades correspondant aux époques menstruelles et non graduellement... » (1).

Il est vrai que l'auteur en parlant ainsi, n'a en vue que le diagnostic de l'hématocèle en elle-même, c'est-à-dire le diagnostic du genre. Mais ces réflexions trouvent une application bien plus légitime encore, lorsqu'il s'agit du diagnostic de l'espèce ou de la cause prochaine, c'est-à-dire lorsqu'il s'agit du point de vue qui nous occupe.

---

(1) Bernutz. Art. *Hématocèle*, p. 330.

Il est toutefois une objection qu'on pourrait nous faire, et au-devant de laquelle nous devons aller ; c'est que les renseignements fournis par les malades sur les troubles morbides, qu'elles ont éprouvés avant d'avoir été soumises à l'examen méthodique qui a fait reconnaître l'hématocèle, laissent dans l'incertitude sur leur nature; de telle sorte qu'on peut se demander s'il s'agit bien de pelvi-péritonites confirmées, et non de simples troubles menstruels. A cela nous répondrons que si ces derniers peuvent exister et existent souvent avant le début de l'hématocèle, il n'est pas impossible de les distinguer de l'affection ou de la pelvi-péritonite qui leur succède. Ils sont en effet plus ou moins passagers et mal déterminés; ils n'ont ni la marche, ni les caractères, ni la persistance des accidents, dont il est ici question. D'ailleurs, si l'auteur de la Clinique des maladies des femmes, où sont traités avec tant de soin les accidents occasionnés par la rétention menstruelle et les pelvi-péritonites, parle de péritonite bénigne ou modérée; c'est évidemment que les faits d'hématocèle qu'il a en vue ne permettent pas de douter que, dans ces cas, le péritoine ne soit réellement le siége d'une inflammation plus ou moins prononcée; et, comme nous nous occupons nous-même avant tout de ces mêmes faits, cette objection tombe d'elle-même.

VII.

En résumé, de l'examen auquel nous venons de soumettre soit les faits, soit les théories émises pour les interpréter, il ressort d'abord que les hématocèles qui guérissent, ou du moins les plus fréquentes parmi elles, sont celles qui se révèlent par une pelvi-péritonite bénigne ou modérée à son apparition, et dans lesquelles la tumeur hématique n'est constatée ou ne peut être constatée que tardivement, c'est-à-dire un temps plus ou moins long après le début des accidents ; et en second lieu, que ces hématocèles sont des hématocèles par néo-membranes pelviennes, c'est-à-dire dans lesquelles la tumeur hématique

reconnaît pour cause prochaine la pelvi-péritonite même par laquelle s'est tout d'abord manifestée l'affection.

S'il était absolument démontré, que dans toutes les hématocèles à terminaison favorable la tumeur hématique n'est constatée que tardivement, ce que nous inclinons à croire, et ce qui implique que la péritonite concomitante est une péritonite séro-adhésive ordinaire; il s'ensuivrait que ces hématocèles sont toujours des hématocèles par néo-membranes pelviennes. D'un autre côté, la théorie de Gallard répondant spécialement, comme nous l'avons vu, aux hématocèles à début brusque et violent et à terminaison fatale, n'y aurait-il pas lieu de se demander à quels faits peut s'adresser la théorie de Bernutz, ou en d'autres termes s'il existe réellement des hématocèles par reflux du sang par les trompes?

Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins acquis de ce qui précède, si nous ne nous faisons illusion, que l'hématocèle par néo-membranes pelviennes, loin d'être douteuse ou exceptionnelle, comme l'ont avancé les auteurs qui en parlent, ou de ne pas exister, comme le donnent à penser ceux qui n'en parlent pas, est au contraire une de celles qu'on rencontre le plus ordinairement dans la pratique, mais qu'elle est confondue avec les autres espèces et méconnue dans sa cause prochaine. Et, pour en revenir à notre point de départ, l'observation que nous avons tout d'abord analysée, n'étant qu'un type, pris sur le fait pour ainsi dire, de cette espèce particulière, nous n'avons plus lieu de nous étonner des analogies qu'elle présente avec les hématocèles ordinaires ; puisque celles-ci ne sont elles-mêmes que des hématocèles par néo-membranes pelviennes.

TROISIÈME PARTIE.

DE LA FORMATION ET DE L'ÉVOLUTION DES HÉMATOCÈLES PAR NÉO-MEMBRANES PELVIENNES. — DE LA PACHY-PÉRITONITE HÉMORRHAGIQUE.

Dans l'étude que nous venons de faire, pour établir l'exis-

tence et la fréquence des hématocèles par néo-membranes pelviennes, nous nous sommes borné à démontrer que, dans les hématocèles à terminaison favorable, qui sont les plus communes de toutes, la pelvi-péritonite concomitante de la tumeur hématique n'est pas une péritonite par hémorrhagie, mais une péritonite séro-adhésive ordinaire, ayant par là même précédé l'épanchement sanguin intra-péritonéal. De ce fait, en effet, nous avons conclu à la formation de cet épanchement par l'intermédiaire de la pelvi-péritonite en question.

Il importe maintenant de préciser ce mode de formation, et de définir ce qu'est en réalité l'hématocèle qui est engendrée par une pelvi-péritonite antérieure. Cette étude nous permettra de justifier, s'il en était besoin, la genèse que nous avons admise dans ces cas; et de montrer qu'elle se concilie, non-seulement avec les symptômes de la période initiale des hématocèles communes, ce que nous avons déjà établi, mais encore avec leurs causes, leur marche, leur siége, en un mot avec toutes les particularités de leur histoire.

I.

Nous avons vu précédemment que les hématocèles dont nous nous occupons, sont caractérisées à leur période initiale par une pelvi-péritonite bénigne ou modérée à son début et qui va en s'aggravant progressivement ou par saccades ; et qu'alors ce n'est que tardivement et après l'aggravation de la péritonite, que l'on est appelé près des malades et que l'on constate dans le cul-de-sac rétro-utérin, la présence de la tumeur hématique, signe pathognomonique de l'affection. Il peut arriver que cette pelvi-péritonite, qui pour nous, dans ces cas, a précédé l'épanchement sanguin et en a été, à un moment donné, la cause prochaine, soit une pelvi-péritonite à recrudescences multiples, et plus ou moins chronique ; dans d'autres cas plus fréquents, les accidents sont récents, et la pelvi-péritonite est d'emblée, non pas aiguë, mais subaiguë.

Examinons ce qui se passe dans ces deux conditions différentes.

Lorsqu'il s'agit d'une pelvi-péritonite déjà ancienne, la production de la tumeur sanguine par l'intermédiaire de néo-membranes pelviennes et vascularisées, déterminées par cette pelvi-péritonite, ne saurait être contestée. Il est, en effet, reconnu aujourd'hui, surtout depuis les travaux de Bernutz et Goupil, que la pelvi-péritonite entraîne constamment, lorsqu'elle persiste, la formation de néo-membranes, qui succèdent aux adhérences fibrineuses du début, se superposent en couches plus ou moins épaisses, et se couvrent de vaisseaux de nouvelle formation. Il est vrai que Bernutz à propos des néo-membranes « criblées de vaisseaux de nouvelle formation, » qu'on rencontre dans le foyer de certaines hématocèles, ajoute que ces produits « témoignent seulement de la constance, dans les hématocèles tardivement mortelles, d'une péritonite chronique, sans établir que cette péritonite a précédé le raptus sanguin et en a été la cause, comme le veut la théorie de Virchow » (1). Cette remarque est légitime, mais il n'est pas moins juste de faire observer que la date de l'apparition, soit de la pelvi-péritonite, soit des néo-membranes qu'elle produit, échappe à l'anatomie pathologique, et ne relève uniquement que de l'observation clinique ; et celle-ci, nous venons de le voir, lorsque la péritonite est bénigne ou modérée à son début, ne laisse aucun doute sur la préexistence de cette dernière à l'hémorrhagie intra-péritonéale.

Dans les cas de tumeurs hématiques précédées de pelvi-péritonites anciennes, la cause prochaine ou la source de l'hémorrhagie est donc hors de doute ; il se fait, sous l'influence de causes déterminantes, que nous aurons à indiquer plus tard, des suffusions sanguines à la surface des néo-membranes vascularisées, ou des ruptures de vaisseaux, qui donnent naissance à la tumeur sanguine ; et, par suite des adhérences préexistantes, l'hématocèle rétro-utérine est immédiatement constituée.

---

(1) Bernutz. Art : *Hématocèle*, loc. cit., p. 302.

Comme le fait remarquer Virchow, il se passe alors ce qui a lieu dans la pachyméningite hémorrhagique. A plus forte raison, pouvons-nous comparer ce mode de formation de l'hématocèle rétro-utérine, à celui de l'hématocèle de la tunique vaginale, qui a pour cause prochaine également des néo-membranes vascularisées, comme l'a établi le professeur Gosselin.

Ce dernier rapprochement, que Bernutz a déjà fait, mais à un tout autre point de vue, est d'autant plus indiqué qu'il s'agit de la même membrane séreuse et d'affections ayant la même dénomination. Il démontre en même temps, que pour qu'il y ait formation de néo-membranes vascularisées, il n'est pas nécessaire que l'inflammation du péritoine soit portée à un haut degré, et se manifeste par des signes accentués; car dans l'hydrocèle à laquelle succède l'hématocèle, l'inflammation est pour ainsi dire à l'état latent, et ne se décèle que par la transformation de la tumeur aqueuse en tumeur hématique, sous l'influence des froissements et des contusions, auxquels elle est soumise.

Partant de là, il ne nous paraît pas impossible que les douleur pelviennes, que les malades, atteintes d'hématocèles, se plaignent d'avoir éprouvées, à la suite d'un accouchement ou d'un avortement antérieur, ou encore à la suite d'une menstruation laborieuse, comme cela a lieu si souvent; ne soient l'indice d'une inflammation de la séreuse pelvienne, analogue à celle de la tunique vaginale et siégant dans le voisinage de l'utérus, en un point qui échappe à l'exploration; inflammation peu accentuée, mais suffisante cependant pour avoir determiné la formation de néo-membranes vascularisées péri-utérines, qui, à un moment donné, sous l'influence notamment du retour des règles, ont été la cause prochaine de la tumeur hématique. Dans ces cas, l'hématocèle semble se former de toutes pièces et plus ou moins soudainement, et cependant l'hémorrhagie était préparée de longue main, enkystée d'avance, et par là même, l'affection se terminera par la guérison. Ainsi s'expliqueraient certains faits d'hématocèles à début plus ou moins brusque et à terminaison favorable, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir un autre mode de formation. Ce

n'est là, pour ces derniers faits, qu'une hypothèse, mais elle est tout aussi fondée, pour ne pas dire plus, que toutes celles qu'on peut lui opposer.

Lorsqu'il s'agit d'accidents récents; de ces pelvi-péritonites subaiguës ou modérées, que Bernutz décrit avec tant de soin; à propos du début des hématocèles, et que nous avons spécialement étudiées ; la genèse de l'hématocèle par l'intermédiaire de ces pelvi-péritonites s'explique tout aussi naturellement que dans les cas de pelvi-péritonites anciennes. Ce qui s'observe dans les péritonites circonscrites, qu'elles soient dues à un traumatisme, à une perforation, ou à une inflammation de voisinage, démontre en effet qu'il n'est, pour l'inflammation franche et partielle de la séreuse péritonéale, aucun âge, aucun degré, qui exclue les adhérences fibrineuses et l'apparition des vaisseaux de nouvelle formation. Loin de là, toutes les péritonites circonscrites les commandent, depuis celle qui est suraiguë et dans laquelle ces adhérences se forment avec une étonnante rapidité, ainsi que les vaisseaux, qui se dessinent alors en arborescences nombreuses sur le feuillet viscéral ; jusqu'à celle qui est à peine prononcée, et qui, si elle ne se résout pas, et va au contraire en s'aggravant plus ou moins lentement, donne aux depôts fibrineux le temps de devenir plus abondants, de s'organiser et de se vasculariser plus complètement (1). Entre ces deux extrêmes existent des transitions insensibles, qui permettent à ces produits d'atteindre un degré plus ou moins avancé. Et pour qu'ils aient acquis une organisation déjà élevée, il n'est pas besoin, dans certaines circonstances, et notamment dans les *pelvi-péritonites menstruelles*, que la péritonite date de longtemps ; car nous avons vu que ces pelvi-péritonites entraînent la formation d'adhérences et de dépôts fibrineux avec une telle facilité, qu'il en résulte rapidement une pseudo-tumeur, qu'il n'est pas toujours facile de distinguer d'une tumeur réellement hématique.

Dans ces conditions, la formation de l'épanchement san-

(1) Consulter à ce sujet Cornil et Ranvier, *loc. cit.* articles *Péritonite Pérityphlite.*

guin intra-péritonéal, suppose uniquement ce fait, que l'étendue de l'inflammation, qui multiplie les adhérences et par là même les vaisseaux de nouvelle formation ; son acuité, qui rend la pelvi-péritonite plus sensible aux causes déterminantes du raptus sanguin, compensent le manque de néo-membranes stratifiées et abondamment vascularisées, telles qu'en produisent les péritonites anciennes. La suffusion sanguine et la rupture des vaisseaux de nouvelle formation se comprend dans un cas comme dans l'autre ; on conçoit même que ,lorsque la péritonite est subaiguë, l'exsudation sanguine soit, pour les raisons que nous venons de donner, plus facile à déterminer, et plus abondante ; et que par là même la tumeur sanguine intra-péritonéale se montre avec une certaine soudaineté, comme dans le fait que nous avons cité, et soit plus volumineuse que lorsque la pelvi-péritonite est chronique (1).

On m'accordera, je pense, que si ce n'est là qu'une hypothèse, elle n'a rien que de très-admissible en elle-même. De plus, elle est pour ainsi dire la seule que nous fassions intervenir dans la genèse que nous attribuons aux hématocèles communes ; tandis que, dans les autres théories, c'est à toute une série d'hypothèses qu'il faut successivement faire appel. Ainsi, dans la théorie de Trousseau, il faut admettre que la muqueuse tubaire, qui pour lui serait seule en cause, prend part à la sécrétion des menstrues, ce qui n'est pas établi ; où bien qu'elle peut être accidentellement le siége d'une hémorrhagie, ce qui n'est

(1) Pour ne rien négliger, nous ajouterons, au sujet de la formation d'une tumeur hématique par l'intermédiaire d'une pelvi-péritonite *subaiguë*, que nous avons pour nous l'autorité de Bernutz lui-même, qui serait pour ainsi dire plus intéressé que tout autre à rejeter cette manière de voir. En nous reportant, en effet, à l'observation même du fait d'hématocèle (observation de Bouvyer et H. Blot), qu'il regarde dans, son article *Hématocèle*, comme reconnaissant pour origine une péritonite antérieure ; nous trouvons qu'il s'agit d'une pelvi-péritonite récente et d'une certaine intensité, traitée même par des applications de sangsues. La malade avait été examinée en ville au début de son affection, par H. Blot, habitué, plus que tout autre, au toucher vaginal, et qui n'avait constaté aucun signe d'hématocèle, tandis qu'à son arrivée à l'hôpital, ces signes étaient incontestables ; plus tard même la tumeur s'est ouverte à l'extérieur. (Bernutz et Goupil. *Loc. cit.*, t. I, p. 236.)

pas mieux démontré, en dehors des cas ou il existe une lésion organique, telle qu'une grossesse tubaire, ou bien une maladie générale hémorrhagipare. Dans celle de Bernutz, il faut admettre que le sang de la cavité utérine peut refluer par les trompes jusques dans la cavité péritonéale, ce qu'on a peine à concevoir, eu égard à la tendance naturelle du liquide à s'écouler au dehors, ainsi qu'à l'étroitesse de l'*ostium uterinum*, et à la disposition de l'oviducte qui, dans les conditions normales, est réduit à une fente sinueuse, comme l'a démontré le professeur Guyon ; toutes choses qui ont fait supposer à l'auteur qu'il survient une contraction spasmodique du col utérin, pour lutter contre ces conditions désavantageuses, contraction qui, nous l'avons dit, n'est nullement prouvée.

Dans les théories de Laugier, de Gallard, il faut admettre qu'une congestion exagérée de l'ovaire ou une ponte extra-utérine, en un mot qu'un trouble de l'ovulation entraîne une hémorrhagie intra-péritonéale; que celle-ci, qui ne peut être alors que minime, amène une congestion secondaire, laquelle, devenant cause à son tour, détermine une hémorrhagie plus abondante; ce qui est possible, mais n'en est pas moins à l'état d'hypothèse. De plus, dans les unes ou les autres, il faut encore admettre que l'un des deux pavillons, sinon les deux, s'applique mal sur l'ovaire, soit par suite d'une érection qui reste incomplète, bien qu'il y ait un afflux de sang exagéré, soit par suite de déviations, occasionnées elles-mêmes par des adhérences péritonéales anciennes, qui supposent à leur tour l'existence de péritonites partielles antérieures. Enfin, toutes ces théories supposent encore qu'il y a péritonite par hémorrhagie, ce qui, nous l'avons établi, est une hypothèse gratuite, sinon en contradiction avec les symptômes de la période initiale des hématocèles communes et à terminaison favorable auxquelles on applique ces diverses théories.

II.

Ainsi, que la pelvi-péritonite soit ancienne ou récente, bénigne ou d'une certaine intensité, elle peut amener la forma-

tion d'une tumeur sanguine, qui sera circonscrite dès son apparition par les adhérences péritonéales. Autrement dit, l'hématocèle peut reconnaître pour cause prochaine des néomembranes pelviennes, déterminées non-seulement par une pelvi-péritonite ancienne, mais encore par une pelvi-péritonite récente, et nous avons démontré que ces hématocèles, loin d'être rares, sont au contraire les plus fréquentes (1).

Sans doute, l'hématocèle dont l'existence est établie n'a aucun rapport, quant à l'origine de l'épanchement sanguin, avec toutes les autres espèces dues à ce mode de formation depuis longtemps, et dans lesquelles cet épanchement provient toujours des organes génitaux internes ou de leurs annexes, qu'il s'agisse d'hématocèle par apoplexie ovarienne, par grossesse extra-utérine, voire même par reflux de sang par les trompes, à la suite d'une oblitération du conduit tubo-utéro-vaginal. On pourrait peut-être s'appuyer sur ce fait pour refuser aux affections que nous avons en vue le nom d'hématocèles et le réserver exclusivement à celles que nous venons de leur opposer. Mais cette manière de voir serait prématurée et arbitraire; prématurée parce qu'on est trop peu d'accord quant à présent sur les affections que l'on doit comprendre sous ce nom; arbitraire parce que le péritoine qui tapisse l'excavation pelvienne, et recouvre l'utérus, les trompes, les ovaires et les ligaments larges, peut être considéré comme faisant partie des annexes des organes génitaux internes, au même titre que les plexus tubo-ovariens, dont la rupture donne lieu à des épanchements sanguins intra-péritonéaux, regardés comme des hématocèles par tous les auteurs. Ce serait donc restreindre sans motif la signification du mot hématocèle, sous lequel on a compris et on comprend encore tous les épanchements san-

(1) Il est inutile de faire observer que la genèse de l'hématocèle que nous avons en vue n'a aucun rapport avec l'*exsudation sanguine aiguë du péritoine pelvien* non enflammé, à laquelle le professeur Tardieu a attribué l'épanchement sanguin intra-péritonéal dans trois cas, empruntés à ses expertises médico-légales. Ces faits, du reste, diffèrent complètement des hématocèles communes par l'absence de toute péritonite et partant de toute circonscription de l'épanchement et par la rapidité de la terminaison fatale.

guins formés au voisinage de l'utérus, quelle qu'en soit la cause prochaine. Bien plus, les hématocèles par néo-membranes pelviennes, étant, en raison de leur origine même, nécessairement et toujours constituées par une véritable tumeur nettement circonscrite, si l'on devait considérer cet enkystement de l'épanchement comme une condition essentielle pour qu'il y ait réellement hématocèle, ainsi qu'on a de la tendance à le faire, c'est à ces affections seules qu'on devrait donner cette qualification; attendu que, parmi les autres espèces, il n'en est aucune, dans laquellé le sang ne reste parfois fluctuant dans la cavité abdominale, au lieu d'être collecté et enkysté par une péritonite concomitante.

Les hématocèles par néo-membranes pelviennes sont donc, par l'origine de l'épanchement sanguin, son siége et sa circonscription, au voisinage de l'utérus, des hématocèles aussi vraies, aussi légitimes que toutes les affections qui portent ce nom.

Examinons maintenant comment on doit les définir et les considérer en elles-mêmes.

D'après ce qui précède ces affections sont essentiellement constituées par deux éléments morbides, à savoir une pelvi-péritonite séro-adhésive et une tumeur hématique; et ces éléments sont si étroitément liés l'un à l'autre, que sans le premier il ne peut y avoir hématocèle par néo-membranes pelviennes et que sans le second il n'y a qu'une pelvi-péritonite ordinaire. Dans ces conditions, il est évident que non-seulement la tumeur hématique est nécessairement toujours secondaire et symptomatique de la pelvi-péritonite, mais encore qu'elle ne saurait être regardée comme une affection particulière, c'est-à-dire indépendante et existant par elle-même. Par suite ce n'est pas à elle seule qu'on doit donner le nom d'hématocèle; dans l'espèce, sous cette dénomination on doit comprendre en même temps la pelvi-péritonite qui l'a engendrée; pelvi-péritonite qui peut être tantôt primitive et tantôt secondaire, mais dont la tumeur hématique, dans un cas comme dans l'autre, ne représente qu'une seconde phase ou une seconde période. Cette manière de voir est d'autant mieux fondée que l'hémorrhagie intra-péritonéale, nous venons de l'établir, peut

avoir pour origine aussi bien une pelvi-péritonite récente qu'une pelvi-péritonite ancienne, c'est-à-dire peut survenir plus ou moins rapidement après l'apparition de l'inflammation de la séreuse pelvienne.

Il suit de là que la pelvi-péritonite, considérée à un point de vue général, non-seulement peut se terminer par la résolution ou la suppuration, mais encore peut aboutir dans certaines conditions à l'hémorrhagie, c'est-à-dire à l'hématome utérin, qui lui-même pourra se résoudre ou s'ouvrir à l'extérieur Dans le premier cas, on a affaire à la pelvi-péritonite séro-adhésive ordinaire, et dans le second à l'hématocèle par néo-membranes pelviennes. Cette dernière n'est donc à proprement parler qu'une *pelvi-péritonite devenue hémorrhagique*, à évolution tantôt rapide et tantôt plus ou moins lente; et qui offre deux périodes, dont l'une est caractérisée par une pelvi-péritonite séro-adhésive, soit chronique, soit subaiguë; et dont l'autre est caractérisée par l'hémorrhagie, c'est-à-dire par l'apparition de la tumeur hématique, et ajoutons de suite par une recrudescence plus ou moins marquée de l'inflammation.

Il importe de ne pas confondre ces pelvi-péritonites, qui sont la cause prochaine de l'hémorrhagie péri-utérine, ou dont l'hématome utérin, n'est qu'un effet ou un accident secondaire avec celles qui sont déterminées par l'irruption du sang dans la cavité péritonéale et qui constituent les péritonites par hémorrhagie. Celles-ci ayant été désignées par Voisin et la plupart des auteurs, sous le nom de péritonites hémorrhagiques, nous proposons de donner aux premières, la dénomination de *pachy-péritonites hémorrhagiques*. Cette dénomination est justifiée ici par ce fait que le péritoine enflammé et tapissé de néo-membranes vasculaires, a acquis un épaississement, accidentel, il est vrai, mais réel. Elle aurait l'avantage d'établir nettement la différence capitale que nous venons d'indiquer, et de rapprocher l'hématome utérin en question de l'hématome cérébral qui est lié à la pachy-méningite. Il importe toutefois de noter qu'il ne s'agit pas d'une forme spéciale de pelvi-péritonite, puisque toute pelvi-péritonite peut donner lieu à des néo-

membranes, et que d'autre part la pachy-péritonite peut effectuer une marche subaiguë comme une marche chronique.

L'hématocèle commune et à terminaison favorable ainsi comprise, c'est-à-dire comme étant dans la plupart des cas, sinon dans tous les cas, une *pachy-péritonite hémorrhagique à deux périodes plus ou moins distinctes*; il est facile de se rendre compte, comme nous l'avons dit, de toutes les particularités de l'histoire de ces affections considérées en général.

Un examen sommaire de quelques-unes des questions, que soulève leur étude, démontrera combien est justifiée l'assertion que nous venons d'énoncer.

III.

De même que les auteurs sont divisés sur le mode de formation des hématocèles communes, de même, ils sont loin de s'entendre, sinon sur l'*Etiologie* de ces affections, du moins sur la manière dont agissent leurs causes occasionnelles ou déterminantes. Ainsi, tout en étant unanimes sur l'importance qu'il faut sous ce rapport attacher à la menstruation, ils comprennent son rôle tout différemment, même lorsqu'il s'agit de théories aussi voisines que possible, telles que celle de Bernutz et celle de Trousseau.

Pour le premier, la menstruation est la cause déterminante de l'exsudation sanguine exagérée de la muqueuse tubo-utérine à laquelle il rattache l'hématocèle, et nous avons vu combien est contestable l'interprétation qu'il donne alors à la suppression des règles et à la métrorrhagie. Mais ce n'est pas tout encore; pour le même auteur, cette exsudation est primitivement liée soit à un état général, le plus souvent anémique, soit à un état morbide des organes du petit bassin, sorte d'épine pathologique, résultant de grossesses antérieures, d'affections utérines ou péri-utérines, anciennes ou récentes. L'hématocèle commune n'est ainsi qu'une sorte d'hémorrhagie par diapédèse, une affection avant tout secondaire, « un épiphénomène accidentel, qui est ici la conséquence de

la distension excessive des organes génitaux, que peut produire toute exhalation sanguine exagérée de ces organes, qui survient sous l'influence des maladies les plus diverses. » (1)

Pour Trousseau au contraire, la perturbation de la menstruation, cause de l'hématocèle cataméniale, est toute la maladie, de sorte que cette espèce est une entité morbide, une affection primitive. « Une grande fonction, dit-il, domine l'étiologie de l'hématocèle : c'est la menstruation. Dans la variété cataméniale de l'hématocèle (due à l'hémorrhagie tubaire) cette fonction exagérée ou déviée sera la cause prochaine de l'hémorrhagie. Dans la variété ovarienne (liée à une altération de l'ovaire) la menstruation pourra n'agir qu'à titre de cause déterminante. Dans la première variété l'exagération ou la déviation de la menstruation sera *toute la maladie*, l'hématocèle n'étant qu'un symptôme; dans la seconde, la menstruation sera une cause déterminante, il faudra supposer une altération antérieure de l'ovaire, ou un kyste hématique du même organe » (2). Gallard, nous l'avons vu, partage la manière de voir de Trousseau, en ce sens qu'il considère l'hématocèle commune comme une affection idiopathique, essentiellement liée à un trouble de l'ovulation; il en est de même de la plupart des auteurs.

Les théories précédentes diffèrent donc complètement sur la nature des hématocèles, et sur le rôle que joue la menstruation dans leur production, même lorsqu'il s'agit des hématocèles qui surviennent à l'époque menstruelle.

A plus forte raison les difficultés se multiplient-elles, lorsqu'on cherche à se rendre compte, d'après ces mêmes théories, de la formation des hématocèles intermenstruelles. Dans celle de Gallard notamment, on est obligé de mettre alors en cause les rapports sexuels exagérés, et d'admettre qu'ils peuvent déterminer un développement artificiel de l'ovule; il est vrai que cet auteur s'appuie sur l'opinion de Coste et de

(1) Bernutz. Article *Hématocèle, loc. cit.*, p. 316.
(2) Trousseau, *Clinique médicale* de l'Hôtel-Dieu, t. III, p. 593.

Longet, qui avancent, toutefois avec réserve, que « si les œufs peuvent atteindre spontanément leur maturation..., le coït n'est peut être pas sans influence pour activer leur maturation et surtout leur chute ; que même les autres excitations génésiques ou d'autres circonstances peuvent hâter le retour des époques, où s'accomplissent normalement ces phénomènes. » (1)

Mais tout d'abord, en admettant sans conteste cette manière de voir, nous ferons remarquer qu'elle ne se concilie pas avec la rareté des hématocèles en général, et encore moins avec celle des hématocèles intermenstruelles en particulier, comparée à la fréquence de la cause invoquée; tandis qu'il est reconnu que cette même cause détermine souvent une inflammation de la séreuse pelvienne, car rien n'est moins rare que la pelvi-péritonite *a venere immoderata*. D'autre part si dans certaines circonstances, on peut légitimement faire intervenir les rapports sexuels, il est des cas où ils font défaut, et où les fatigues exagérées, la marche, les violences exterieures, etc. sont les seules causes qu'on puisse invoquer (voir à la fin de ce travail, obs. V).

Le développement artificiel de l'ovule pendant une époque intermenstruelle, sous l'influence des rapports sexuels, si tant est qu'il a lieu, ne saurait donc rendre compte de tous les faits d'hématocèles intermenstruelles.

Il semblerait que la théorie de Bernutz, plus large que la précédente au point de vue des causes, puisqu'elle fait intervenir comme telles non-seulement la menstruation, mais encore les maladies générales et les affections du petit bassin, dût lever la difficulté. Il n'en est rien. En effet, lorsqu'on se reporte aux observations de la Clinique des maladies des femmes et aux analyses dont elles sont suivies pour la plupart, on voit que, lorsqu'il s'agit de ces hématocèles intermenstruelles, s'il y a terminaison fatale, l'autopsie vient démontrer qu'il y avait dans ces cas rupture de l'ovairé, de la trompe ou des veines

(1) Gallard. *Loc. cit.*, p. 666.

tubo-ovariennes; s'il y a au contraire terminaison favorable, les commentateurs sont obligés de rattacher l'hématocèle à l'une ou l'autre des lésions, que nous venons d'indiquer, alors qu'il n'est pas prouvé que les hématocèles qui en dépendent soient susceptibles, non-seulement de guérir, mais encore de présenter le début et la marche des hématocèles à terminaison favorable. Ajoutons, par contre, que les causes accidentelles, mentionnées plus haut, les fatigues, la marche, etc., peuvent donner naissance à des pelvi-péritonites ordinaires, et nous avons démontré que les hématocèles communes et à terminaison favorable ne peuvent être distinguées *à leur période initiale* de ces dernières affections.

Au sujet des hématocèles intermenstruelles, il n'est pas hors de propos de faire remarquer que, par suite des troubles menstruels qui précèdent ou accompagnent si souvent le début des hématocèles ordinaires, il n'est pas toujours facile de préciser les rapports que les accidents, par lesquels se révèlent tout d'abord ces affections, peuvent avoir avec la menstruation et le molimen menstruel. Il se pourrait donc que bien des hématocèles, qui, en raison de la perte sanguine dont elles sont accompagnées, passent pour survenir au moment des règles, et par suite pour être des hématocèles cataméniales, soient en réalité des hématocèles qui n'ont rien à voir avec la menstruation; et que par là même les hématocèles intermenstruelles soient plus fréquentes qu'on ne l'admet généralement, sous l'influence des errements actuels. Quoi qu'il en soit, l'existence de cette variété est incontestable, et nous venons de voir qu'elle reste sans explication dans les théories précédentes.

Dans la genèse de l'hématocèle que nous avons exposée, toutes ces difficultés tombent d'elles-mêmes, comme il est facile de s'en rendre compte. En effet l'affection offrant deux périodes, dont la première consiste en une pelvi-péritonite séro-adhésive ordinaire subaiguë, ancienne ou récente; celle-ci remplace ou accompagne l'état général ou l'état local, dont parle Bernutz, que ce soit un état anémique ou une affection utérine, telle qu'une métrite ou une involution incomplète de l'utérus à

la suite d'un accouchement ou d'un avortement. De même, elle remplace l'altération de l'ovaire que l'on suppose exister dans la variété ovarienne, dont parle Trousseau.

Cette péritonite pelvienne est, si l'on veut, une épine pathologique, mais au lieu d'être seulement une cause d'appel du sang vers la cavité péritonéale, elle est en même temps, comme nous l'avons vu, le siége et l'instrument même de l'hémorrhagie intra-péritonéale, le phénomène primordial et essentiel de l'affection.

La pelvi-péritonite est par là même la caractéristique des hématocèles communes, et cela suffit pour indiquer qu'elles doivent être classées dans le groupe des *inflammations des membranes séreuses*. Ces affections, jusque-là bâtardes, oscillant pour ainsi dire entre les hémorrhagies par diapédèse et les grossesses extra-utérines, dont elles s'écartent également et à tant de titres, ont ainsi un rang qui leur convient sous tous les rapports; car leur début, leurs symptômes, leur marche et leurs terminaisons, et même leur traitement indiquent bien qu'on a affaire à des affections franchement inflammatoires.

En second lieu, cette pelvi-péritonite pouvant survenir non-seulement à l'époque cataméniale, mais encore dans l'intervalle des règles, et pouvant être rattachée soit aux rapports sexuels exagérés, soit à une cause accidentelle, soit enfin à un accouchement ou à un avortement antérieur, ou à quelque affection utérine, on comprend qu'il y ait des hématocèles intermenstruelles aussi bien que des hématocèles cataméniales, et que ces affections soient tantôt primitives et idiopathiques, comme l'admettent Trousseau et Gallard, et tantôt secondaires et liées à un état morbide antérieur, puerpéral ou autre, comme l'admet Bernutz.

La manière dont nous comprenons l'hématocèle commune, se concilie donc avec toutes les causes assignées par les auteurs à cette affection, et avec toutes les conditions dans lesquelles on peut l'observer; de plus, elle donne l'explication des divergences frappantes qui règnent parmi les auteurs à ce sujet.

Quant au rôle que joue la menstruation vis-à-vis des héma-

tocèles par néo-membranes pelviennes ou des pachy-péritonites hémorrhagiques, il est pour ainsi dire indiqué d'avance par celui que remplit cette fonction vis-à-vis des pelvi-péritonites ordinaires.

Dans l'hématocèle qui débute à l'époque menstruelle, et qui à ce titre, mais à ce titre seul pour nous, mérite le nom d'hématocèle *menstruelle* ou *cataméniale*, ce rôle est multiple, ou si l'on veut à double échéance. En effet, en ayant égard à ce fait, que nous avons signalé et qui ressort de l'étude des observations, auxquelles nous avons fait allusion, à savoir que non-seulement le début des accidents remonte à une époque menstruelle, mais encore que c'est ordinairement de trois à six semaines après, c'est-à-dire *au retour des règles*, ou du moins au voisinage d'une nouvelle époque menstruelle, que ces accidents prennent une intensité plus grande ; il y a lieu d'admettre que la menstruation agit d'abord comme cause déterminante de la pelvi-péritonite initiale, et plus tard comme cause déterminante de l'exsudation sanguine, dont sont le siége les adhérences péritonéales et les néo-membranes produites par cette pelvi-péritonite. On conçoit du reste que le molimen menstruel, qui entraîne une congestion générale du petit bassin, et retentit violemment sur toutes les inflammations utérines ou péri-utérines, et qui peut être lui-même surexcité par ces dernières, puisse aller jusqu'à l'extravasation sanguine, et jusqu'à la rupture des vaisseaux de nouvelle formation. C'est toujours le même processus morbide qui est en cause, et un processus parfaitement défini, mais il est porté à un degré exagéré et s'exerce sur des parties déjà hyperémiées et prêtes à en recevoir le contre-coup (1).

---

(1) On ne saurait méconnaître que, par le fait de la menstruation, l'inflammation de la séreuse pelvienne chez la femme ne soit dans des conditions d'évolution très-différentes de celle des autres membranes séreuses, telles que la plèvre, le péricarde, sur lesquelles aucune cause analogue ne vient agir, aussi ne donnent elles pas naissance à des tumeurs hématiques. Quant à la pachy-méningite, c'est spontanément qu'elle devient hémorrhagique ; et s'il en est ainsi, comment la pelvi-péritonite ne le deviendrait-elle pas sous l'influence d'une cause aussi puissante d'hypérémie nouvelle que le molimen menstruel

Les hématocèles qui débutent à l'époque cataméniale et par là même par une pelvi-péritonite menstruelle, étant de beaucoup les plus fréquentes, il suit de là que la pelvi-péritonite menstruelle — encore qu'elle a le plus souvent besoin pour se constituer d'une cause accidentelle qui vient troubler la menstruation — paraît prédisposée d'une manière toute particulière à la vascularisation des adhérences et des dépôts fibrineux qu'elle détermine si rapidement, ainsi qu'à l'hémorrhagie péri-utérine qui en est la conséquence. Aussi, peut-on la considérer comme la pachy-péritonite hémorrhagique par excellence; de telle sorte qu'il y a une corrélation parfaite entre ces termes de pelvi-péritonite menstruelle, pachy-péritonite hémorrhagique, et hématocèle commune, qui pour nous, dans bien des cas, désignent la même affection à ses diverses périodes.

Dans l'hématocèle *intermenstruelle*, la pelvi-péritonite est due à une autre cause que la menstruation; mais, dans cette variété comme dans la précédente, c'est encore à une époque cataméniale que les accidents du début prennent une intensité plus grande; par là même, on est conduit à admettre, que là encore c'est sous l'influence du molimen menstruel que la pelvi-péritonite devient hémorrhagique et aboutit à l'hématome utérin.

Toutefois, dans un cas comme dans l'autre, on conçoit que, dans certaines circonstances, spontanément ou sous l'influence de causes accidentelles, telles que la fatigue, les rapports sexuels intempestifs, etc., l'affection soit pour ainsi dire hâtée dans son évolution, et que l'hémorrhagie péri-utérine puisse se faire en dehors de l'époque cataméniale (obs. V, VI), qui, si elle arrive à son heure, pourra l'aggraver de nouveau. Le fait que nous avons cité semble rentrer dans cette catégorie; mais en y regardant de près, on voit que la tumeur hématique est apparue cinq à six semaines après l'époque probable de l'avortement; de sorte qu'il ne serait pas impossible que le retour des couches n'ait pas été étranger à sa production. Quoi qu'il en soit, les faits où la menstruation n'intervient pas à un moment donné paraissent exceptionnels.

Que la pelvi-péritonite soit menstruelle ou non menstruelle,

c'est donc le plus souvent sous l'influence du molimen menstruel qu'elle devient hémorrhagique, autrement dit donne naissance à l'hématome utérin. L'époque cataméniale est ainsi le moment critique de la pelvi-péritonite séro-adhésive, celui qui décide non-seulement de sa résolution ou de sa suppuration ultérieure, mais encore de sa transformation en pachy-péritonite hémorrhagique (1).

Cette transformation du reste ne se fait pas toujours à un premier retour des règles; loin de là, il arrive souvent que l'intervention de plusieurs époques menstruelles successives est nécessaire pour qu'elle se produise. Est-il nécessaire d'ajouter que dans bien des cas elle n'a pas lieu? Il n'est pas impossible de se rendre compte de ces variations dans l'évolution de la pelvi-péritonite. Si les malades dès le début de leur affection gardent le repos et si le molimen menstruel est peu prononcé, la plupart du temps l'exsudation sanguine et l'hématome utérin ne se produiront pas, et la pelvi-péritonite restera à l'état de pelvi-péritonite séro-adhésive ordinaire. Si elles la négligent au contraire et si la menstruation est en même temps abondante, exagérée, car il semble que le concours de ces deux circonstances soit nécessaire—c'est du moins le cas des malades dont parle Bernutz, qui continuent à vaquer à moitié aux soins de

(1) Comme exemple de l'influence que nous attribuons à la menstruation en tant que cause de la transformation des pelvi-péritonites ordinaires en pachy-péritonites hémorrhagiques, nous citerons l'obs. XLIII de la clinique des maladies des femmes de Bernutz (t. I, p. 241) bien qu'il s'agisse d'un phlegmon suppuré du ligament large plutôt que d'une pelvi-péritonite. Cette observation est ainsi résumée : « Suppression des règles répétées huit fois, suivie chaque fois du développement de tumeurs des fosses iliaques, siégeant six fois à gauche, deux fois à droite, et donnant lieu huit fois à un écoulement de pus par le rectum. — Les règles attendues ne paraissent pas. — Neuvième tuméfaction hypogastrique, siégeant encore cette fois dans le ligament large gauche; écoulement sanguin très-peu abondant par la vulve; évacuation purulente par le rectum. — A l'*époque menstruelle suivante*, recrudescence des accidents, réouverture de la fistule rectale, qui donne lieu à un *écoulement sanguin* qui précède de quelques jours celui qui a lieu par le vagin. — Guérison. » Nous signalerons encore dans le même ouvrage les observations XXXVI, XXXVIII (obs. III à la fin de ce travail), XLI, XL, et les cinq observations en note, pages 236, 440, 442, 481 et 498, dans lesquelles il s'agit d'hématocèles confirmées.

leur ménage et sont sujettes à des ménorrhagies ou à des pertes, — la pelvi-péritonite d'exsudative ordinaire deviendra hémorrhagique et on aura une hématocèle; autrement dit la seconde période de la pachy-péritonite hémorrhagique sera constituée. C'est alors que l'inflammation de la séreuse pelvienne, qui jusque-là était restée bénigne ou modérée, est elle-même sensiblement et plus ou moins brusquement aggravée par l'épanchement sanguin qui vient de se former; et acquiert cette *intensité moyenne*, signalée par le même auteur, et qui conduit *tardivement* les malades à l'hôpital.

Ainsi s'explique pour nous ce fait que ces malades présentent à ce moment, non pas une pseudo-tumeur, mais bien une tumeur hématique, malgré l'existence d'une pelvi-péritonite antérieurement subaiguë. Sans doute on peut hésiter dans le diagnostic, mais il est des cas où le doute n'est pas permis, soit que les signes propres d'un épanchement sanguin soient évidents, soit que la tumeur vienne à s'ouvrir à l'extérieur.

Ainsi s'expliquent d'autre part la fréquence des ménorrhagies ou des métrorrhagies dans le cours des hématocèles ordinaires, et la marche par saccades correspondant ou non aux époques menstruelles, que présentent si souvent ces affections. D'un autre côté, les malades atteintes de pelvi-péritonites un peu aiguës et douloureuses, étant obligées par là même de se préoccuper de leur affection, de garder le repos, et de se faire traiter, l'affection peut être assez atténuée, pour que l'orage cataménial ne fasse que l'aggraver passagèrement, sans aller jusqu'à l'exsudation sanguine, jusqu'à l'hématome. On comprend donc que le concours des circonstances, que nous avons indiquées comme nécessaires à la production de l'hématocèle, ne se rencontre que rarement. Conséquemment il n'y a pas lieu de s'étonner que l'hématocèle soit elle-même une affection rare, bien que la pelvi-péritonite ordinaire soit très-fréquente.

Enfin, le rôle de la menstruation étant compris comme nous venons de l'indiquer, l'importance de cette fonction en tant que cause déterminante des hématocèles communes, est largement sauvegardée, sans être ni diminuée comme dans la théorie de Bernutz, d'après laquelle ces affections sont toujours

secondaires; ni exagérée, comme dans les autres théories, d'après lesquelles le trouble de la menstruation est la cause essentielle et pour ainsi dire toute la maladie.

(*A suivre*),

DE L'AVORTEMENT

AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL (1).

Par T. Gallard.

(SUITE) (2).

I. — Autopsie de la mère.

Les désordres constatés sur le cadavre d'une femme qui a succombé à la suite de l'application de manœuvres abortives peuvent varier depuis les délabrements les plus considérables jusqu'aux lésions les plus légères, en apparence, et qui malgré leur peu d'étendue ont, pour l'expert, une signification extrêmement importante. Quelques-unes de ces lésions se rencontrent dans certains cas, alors même que l'avortement ne s'est pas effectué. L'action agressive pouvant être mortelle pour la mère sans avoir atteint le fœtus.

Voici le cas dans lequel les lésions les plus considérables ont été observées et qui a été rapporté par M. Tardieu (3) :

« Un homme, qu'une condamnation capitale a frappé en 1847, aux assises du Finistère, avait plusieurs fois déjà fait avorter sa femme et lui avait introduit, à différentes reprises, la main tout entière dans les parties sexuelles. Elle était par-

---

(1) Leçons faites à l'hôpital de la Pitié et recueillies par M. Paul Richer, interne des hôpitaux.

(2) Voir les numéros de juillet et d'août 1877.

(3) Tardieu. *Etude médico-légale sur l'avortement*, 3e édit., obs. LI, p. 160.

venue au 7e mois d'une dernière grossesse, lorsque, pour mettre le comble à ses atroces brutalités, il lui fit subir d'effroyables mutilations qui amenèrent un avortement suivi de la mort. L'autopsie cadavérique pratiquée par M. le Dr Morvan, ancien interne très-distingué des hôpitaux de Paris, et par M. Salzat, tous deux médecins à Lannilis, montre alors les désordres suivants : La vulve et l'anus sont béants et excoriés : une déchirure, longue de [illegible] centimètres, comprend la partie supérieure gauche du vagin et une portion de l'utérus lui-même. Le péritoine est ouvert en trois parties différentes, et les bords de ces plaies sont irréguliers. Il existe, en outre, une perte de substance, qui intéresse les parois internes de la matrice. Enfin, la plus grande partie de l'intestin grêle a été arrachée. Il n'en reste en tout qu'un tronçon supérieur long de 50 centimètres et un inférieur qui n'en a pas plus de 8, formant de part et d'autre des lambeaux inégaux et frangés. Entre les jambes était le fœtus qui fut reconnu avoir vécu et respiré.

Dans un autre cas observé par MM. Devergie et Paul Dubois (1), on a trouvé : « La cloison postérieure du vagin déchirée ; la matrice complètement renversée, faisant saillie hors de la vulve. Enfin le péritoine était largement ouvert dans une étendue de 7 centimètres, et l'on a pu constater de chaque côté de cette plaie des déchirures semblables à celles qu'auraient produites des coups d'ongles. Les intestins étaient mis à nu, mais non lésés comme dans le fait précédent. »

J'ai eu occasion d'observer des désordres au moins aussi étendus, puisqu'il y avait perforation de la matrice en même temps que du vagin, dans un cas dont je veux vous donner la relation.

Il s'agissait d'une jeune femme, dont on avait cherché à dissimuler la cause de la mort en retardant la déclaration du décès ; aussi le cadavre était-il dans un état de putréfaction assez avancée lorsqu'il fut transporté à la morgue où je fis l'autopsie. Quoique dans ce cas j'aie été conduit, — par les signes

(1) *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1re série, t. XIX.

que me fournissait cet état de putréfaction, à faire remonter l'époque de la mort à une date plus éloignée que celle qui avait été indiquée, — je dois cependant vous avertir que les cadavres des femmes mortes en couches ou à la suite d'avortement sont exposés à subir beaucoup plus rapidement que d'autres le travail de la putréfaction et à présenter prématurément la teinte verdâtre caractéristique, avec ballonnement excessif du ventre et soulèvement de l'épiderme, distendu par des amas de sérosité. Même en tenant compte de cette particularité, qu'il ne faut jamais oublier, je pus reconnaître que la putréfaction était plus avancée qu'elle n'aurait dû l'être d'après le temps écoulé depuis la date présumée du décès. Mais ce fait n'a qu'une importance secondaire, au point de vue de la question qui nous occupe actuellement. Après l'avoir établi, je fis les constatations suivantes :

Les glandes mammaires étaient rouges et tuméfiées, et contenaient du lait dans l'épaisseur de leur tissu. La chemise que portait la morte présentait du reste des taches caractéristiques au niveau des seins, tandis qu'elle était fortement maculée de sang à sa partie inférieure.

Les organes génitaux étaient le siége de graves lésions ; à l'extérieur, la vulve était assez largement béante, quoiqu'elle ne présentât ni éraillures ni dilacérations ; la fourchette, en particulier, n'était nullement déchirée. Le périnée était tendu et tuméfié par une accumulation de sérosité ; une portion de la muqueuse rectale faisait saillie à travers l'orifice anal et formait à l'extérieur un prolapsus de 8 centimètres environ.

Le vagin était largement dilaté ; sa paroi postérieure était gangrenée en plusieurs points. Une première plaque brunâtre ovalaire, ayant de 4 à 5 centimètres de haut sur 3 de large, était située à 3 centimètres au-dessus de la vulve ; à son milieu on trouvait un petit pertuis qui faisait communiquer le vagin avec une poche anfractueuse et irrégulière qui s'ouvrait largement dans le rectum. Deux autres perforations semblables existaient au centre de deux autres plaques gangréneuses plus petites, situées au-dessus de la première, sur la paroi vaginale postérieure.

venue au 7e mois d'une dernière grossesse, lorsque, pour mettre le comble à ses atroces brutalités, il lui fit subir d'effroyables mutilations qui amenèrent un avortement suivi de la mort. L'autopsie cadavérique pratiquée par M. le Dr Morvand, ancien interne très-distingué des hôpitaux de Paris, et par M. Salzat, tous deux médecins à Lanilis, montre alors les désordres suivants : La vulve et l'anus sont béants et excoriés ; une déchirure, longue de 10 centimètres, comprend la partie supérieure gauche du vagin et une portion de l'utérus lui-même. Le péritoine est ouvert en trois parties différentes, et les bords de ces plaies sont irréguliers. Il existe, en outre, une perte de substance, qui intéresse les parois internes de la matrice. Enfin, la plus grande partie de l'intestin grêle a été arrachée. Il n'en reste en tout qu'un tronçon supérieur long de 50 centimètres et un inférieur qui n'en a pas plus de 8, formant de part et d'autre des lambeaux inégaux et frangés. Entre les jambes était le fœtus qui fut reconnu avoir vécu et respiré. »

Dans un autre cas observé par MM. Devergie et Paul Dubois (1), on a trouvé : « La cloison postérieure du vagin déchirée; la matrice complètement renversée, faisant saillie hors de la vulve. Enfin le péritoine était largement ouvert dans une étendue de 7 centimètres, et l'on a pu constater de chaque côté de cette plaie des déchirures semblables à celles qu'auraient produites des coups d'ongles. Les intestins étaient mis à nu, mais non lésés comme dans le fait précédent. »

J'ai eu occasion d'observer des désordres au moins aussi étendus, puisqu'il y avait perforation de la matrice en même temps que du vagin, dans un cas dont je veux vous donner la relation.

Il s'agissait d'une jeune femme, dont on avait cherché à dissimuler la cause de la mort en retardant la déclaration du décès ; aussi le cadavre était-il dans un état de putréfaction assez avancée lorsqu'il fut transporté à la morgue où je fis l'autopsie. Quoique dans ce cas j'aie été conduit, — par les signes

(1) *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1re série, t. XIX.

que me fournissait cet état de putréfaction, à faire remonter l'époque de la mort à une date plus éloignée que celle qui avait été indiquée, — je dois cependant vous avertir que les cadavres des femmes mortes en couches ou à la suite d'avortement sont exposés à subir beaucoup plus rapidement que d'autres le travail de la putréfaction et à présenter prématurément la teinte verdâtre caractéristique, avec ballonnement excessif du ventre et soulèvement de l'épiderme, distendu par des amas de sérosité. Même en tenant compte de cette particularité, qu'il ne faut jamais oublier, je pus reconnaître que la putréfaction était plus avancée qu'elle n'aurait dû l'être d'après le temps écoulé depuis la date présumée du décès. Mais ce fait n'a qu'une importance secondaire, au point de vue de la question qui nous occupe actuellement. Après l'avoir établi, je fis les constatations suivantes :

Les glandes mammaires étaient rouges et tuméfiées, et contenaient du lait dans l'épaisseur de leur tissu. La chemise que portait la morte présentait du reste des taches caractéristiques au niveau des seins, tandis qu'elle était fortement maculée de sang à sa partie inférieure.

Les organes génitaux étaient le siége de graves lésions ; à l'extérieur, la vulve était assez largement béante, quoiqu'elle ne présentât ni éraillures ni dilacérations ; la fourchette, en particulier, n'était nullement déchirée. Le périnée était tendu et tuméfié par une accumulation de sérosité ; une portion de la muqueuse rectale faisait saillie à travers l'orifice anal et formait à l'extérieur un prolapsus de 8 centimètres environ.

Le vagin était largement dilaté ; sa paroi postérieure était gangrenée en plusieurs points. Une première plaque brunâtre ovalaire, ayant de 4 à 5 centimètres de haut sur 3 de large, était située à 3 centimètres au-dessus de la vulve ; à son milieu on trouvait un petit pertuis qui faisait communiquer le vagin avec une poche anfractueuse et irrégulière qui s'ouvrait largement dans le rectum. Deux autres perforations semblables existaient au centre de deux autres plaques gangréneuses plus petites, situées au-dessus de la première, sur la paroi vaginale postérieure.

La cavité dans laquelle s'ouvraient ces trois perforations du vagin était formée par une dilacération du tissu cellulaire de la cloison recto-vaginale, la tunique de l'intestin étant déchirée à quatre travers de doigt au-dessus de l'anus. C'est par suite de cette déchirure que s'était produit le prolapsus dont il a été question plus haut.

Le col de la matrice était complètement effacé ; il ne faisait aucune saillie dans le vagin ; il se présentait sous l'aspect d'une large anfractuosité, dont la surface était rouge et ulcérée ; la lèvre postérieure était déchirée et on y voyait un point noirâtre, gangrené.

L'utérus, très-ramolli, avait le volume du poing. Son tissu était fortement congestionné, d'une coloration livide. La surface interne contenait une bouillie couleur lie de vin, formée par du sang et du pus, au milieu de laquelle on rencontrait un débris de placenta ayant le volume d'un gros œuf de pigeon.

Toute la corne gauche de la matrice était détruite et il existait là une perforation qui faisait largement communiquer la cavité de la matrice avec celle du péritoine.

Le péritoine était enflammé dans toute son étendue. La portion de la séreuse qui recouvre les intestins était chagrinée, tapissée de fausses membranes de date récente ; le petit bassin était rempli de pus.

L'ensemble de ces lésions nous montrait que la fille J... avait succombé à une péritonite suraiguë, et que cette péritonite avait été causée par la perforation de la matrice. Mais il restait à rechercher comment cette perforation avait été produite.

Or, l'état des organes génitaux nous montrait bien qu'il y avait eu une grossesse ; l'état des seins et celui de la matrice ne pouvaient laisser aucun doute à cet égard ; ils prouvaient même que la grossesse était assez avancée et qu'elle devait avoir atteint ou même dépassé le quatrième mois.

Mais, au nombre des constatations anatomiques que je venais de faire, il en était une qui me permettait d'établir que cette grossesse n'était pas arrivée à son terme, c'est que la vulve, qui avait donné passage au produit de la conception n'était ni

déchirée, ni excoriée, comme elle n'aurait pas manqué de l'être si elle avait été traversée par la tête d'un fœtus à terme.

Je me trouvai, donc conduit, en rapprochant ces données : volume de l'utérus, état de la vulve avec intégrité de la fourchette, à admettre que si la grossesse avait atteint le quatrième mois, elle ne devait pas avoir dépassé de beaucoup le sixième.

Cela étant, il n'était pas permis d'attribuer au travail régulier de l'accouchement les lésions que j'avais trouvées et en particulier celle qui existait sur la paroi postérieure du vagin et dans le rectum. Car, si, dans les accouchements longs et laborieux, lorsque la tête de l'enfant est très-volumineuse et disproportionnée avec les dimensions des conduits qu'elle doit traverser, il peut arriver que la pression exercée sur les parois de ces conduits détermine des gangrènes plus ou moins étendues ; lorsque ce fait se produit, la vulve se trouve elle-même distendue par cette tête trop volumineuse et elle est plus ou moins déchirée au moment du passage. C'est ce qui n'avait pas eu lieu dans ce cas, et c'est pourquoi il fallait, de toute nécessité, attribuer à une autre cause les désordres observés. Ces désordres étaient, du reste, de deux sortes, puisqu'il en existait et du côté de la cloison recto-vaginale et du côté de la matrice, qui avait été elle-même perforée. Ces altérations si étendues et si graves n'ont pu être causées que par des manœuvres abortives et je dois ajouter que ces manœuvres ont été exercées avec une maladresse et une brutalité peu communes. Ce qui m'a porté à penser qu'elles ont dû être faites par une main très-malhabile, armée, d'un instrument dont il ne m'a pas été possible de déterminer la nature ni la forme. En tout cas ce sont ces manœuvres qui ont provoqué l'avortement de la fille J..., puis sa mort, qui a dû suivre de très-près cet avortement. C'est pourquoi je me suis trouvé suffisamment autorisé à formuler les conclusions suivantes :

I. — La fille J... est morte d'une péritonite suraiguë, causée par une perforation de la matrice.

II. — Cette perforation est la conséquence de manœuvres exercées dans le but de déterminer un avortement qui s'est produit peu de temps avant la mort.

III. — L'avortement a eu lieu avant terme et à une époque de la grossesse qui, à quelques semaines près, peut être évaluée approximativement entre le quatrième et le sixième mois de la gestation.

Dans les faits dont je viens de vous entretenir, les désordres observés ont pu, par leur nature même, aussi bien que par leur étendue, par la brutalité avec laquelle ils ont été produits, révéler en quelque sorte l'inexpérience et la maladresse de la main qui les a opérés, et c'est un renseignement qu'il est précieux de recueillir, car il peut suffire pour mettre la justice sur les traces des coupables. C'est ainsi que par opposition à ces lésions grossières, révélant une main maladroite et inhabile dans une affaire qui a eu un très-grand retentissement et qui a été jugée en 1852 par la cour d'assises de la Seine, des lésions très-nettes, très-habilement pratiquées, ont permis de reconnaître l'intervention d'individus appartenant à la profession médicale. J'emprunte à M. Tardieu la relation de ce fait si intéressant et si instructif à la fois, qui perdrait à être analysé.

Le 21 avril 1852, entre huit et neuf heures du main, le docteur de Ch... se présenta à mairie du 2e arrondissement, et y fit la déclaration qu'une jeune fille, nommée Caroline, était décédée dans la soirée de la veille, rue Thérèse, chez la dame A..., sage-femme.

Aux questions qui lui furent adressées, il répondit qu'on ne connaissait à la jeune fille, d'autre nom que celui de Caroline; que c'était sans doute une fille de campagne, venue à Paris pour y faire ses couches, et à laquelle on avait dû donner quelques drogues dans son pays, car elle était morte subitement.

Une telle déclaration était de nature à faire naître des soupçons. Elle fut signalée à l'attention du docteur Guindet, chargé d'examiner l'état du cadavre et de vérifier les causes du décès.

Le docteur Guindet, en arrivant chez la sage-femme, fut frappé de certains désordres que présentait le corps soumis à sa visite. Il lui fut déclaré, soit par la sage-femme, soit par de C..., qui ne s'éloigna pas un instant, que la jeune fille morte était enceinte de cinq mois, et que, de certaines paroles prononcées par elle pendant son délire, on pouvait conclure, qu'on lui avait donné, dans son pays, quelque boisson pour la faire avorter.

Le docteur Guindet décida que le permis d'inhumer ne pouvait être accordé.

Instruit de ces faits par le maire du 2e arrondissement, le commissaire de police se transporta chez la sage-femme, accompagné du docteur Favrot. Il était alors cinq heures du soir.

Introduit dans un salon au premier étage, éclairé par deux fenêtres donnant, l'une, sur la rue Thérèse, l'autre, sur la rue Sainte-Anne, ils virent sur un lit, dans un état de putréfaction déjà avancé, le cadavre d'une jeune fille de vingt à vingt-deux ans environ; l'ayan découvert, ils reconnurent qu'un écoulement sanguin avait eu lieu par les parties génitales, et que le drap inférieur et le matelas en portaient la trace.

Le docteur Favrot eut bientôt à constater des désordres plus graves. Les organes de la génération avaient été enlevés en totalité. Les ouvertures du vagin et du rectum, ne formaient plus, suivant les expressions du docteur, qu'un vaste cloaque. Le docteur put y introduire d'abord le doigt, puis la main, puis le bras, sans rencontrer d'autre obstacle que les intestins.

L'autopsie du cadavre fut pratiquée à la Morgue, le 22 avril, par les soins des docteurs Favrot et Maisonneuve.

Cette opération eut pour résultat de confirmer les observations faites la veille et révéler que l'enlèvement déjà signalé de certains organes avait été pratiqué après la mort par une main exercée.

On lit dans le rapport rédigé à cette occasion :

« La vulve, le périnée, le vagin, l'urèthre, le rectum sont absents. A leur place existe une vaste ouverture à bords irréguliers, s'étendant: d'une part, de la symphyse du pubis au sacrum; et d'autre part, d'une tubérosité sciatique à l'autre.

« Par cette ouverture une main a pu s'introduire facilement dans l'intérieur du ventre.

De tous les organes contenus ordinairement dans le petit bassin, il ne reste plus que la vessie. L'urèthre, le vagin, l'utérus, les ovaires, le rectum ont été complètement enlevés, sans qu'il en reste aucune trace.

« En examinant les draps dans lesquels le corps était enveloppé, nous avons trouvé quelques caillots sanguins et une masse informe dans laquelle un examen attentif nous a fait reconnaitre les débris d'un fœtus, âgé d'envion 4 à 5 mois. Ces débris consistaient en un mélange de chairs écrasées et de parties osseuses, parmi lesquelles nous avons reconnu plusieurs os du crâne, de la poitrine, de la colonne vertébrale et des membres.

« De tout ceci, il résulte : 1° qu'au moment de la mort, la fille Caroline était enceinte ou récemment accouchée; 2° que le fœtus contenu dans son sein en a été expulsé avant terme ; 3° que les organes ont été enlevés après la mort au moyen d'un instrument tranchant; 4° que cette ablation a été faite par une main exercée. »

En présence de faits aussi décisifs, il n'était pas douteux que la fille Caroline était morte victime d'un crime, et que la désorganisation constatée lors de l'autopsie avait pour but de faire disparaître les traces de ce crime.

Nous n'ajouterons qu'un mot à ce court exposé, c'est que les accusés n'ont imaginé, pour expliquer la mutilation du cadavre, que les hypothèses les plus absurdes, telles que les investigations peu mesurées du médecin appelé par le commissaire, qui aurait, en quelque sorte, dilacéré, broyé et détruit les organes en introduisant le bras tout entier dans le ventre; ou encore, la voracité des rats et des souris. D'un autre côté, les experts se sont bornés à exprimer leur étonnement à la vue d'un si énorme délabrement, qui leur a paru ne pouvoir être expliqué raisonnablement et constituer l'acte le plus stupide.

Appelé par M. le procureur général à suivre les débats où notre intervention lui paraissait pouvoir devenir nécessaire, nous avons conçu, dit M. Tardieu, une opinion beaucoup plus formelle et tout à fait en rapport avec les autres faits que la science possède. Il nous a semblé que les criminels, pour se décider à cette mutilation barbare dont les caractères anatomiques très-nettement tracés par MM. Maisonneuve et Favrot, démontrent qu'elle a été faite après la mort à l'aide d'un instrument très-tranchant et assez artistement; il nous a semblé que pour prendre ce parti, les auteurs de l'avortement ont dû y être forcés par le renversement, et l'issue au dehors de la matrice, survenus sous l'influence de tractions violentes, mal dirigées et compliquées de dilacérations, qui auraient certainement déterminé des douleurs atroces par lesquelles la mort si rapide s'expliquerait mieux que par toute autre cause. On comprend que l'on ait cherché, même au prix de cette mutilation, que son improbabilité même semblaitplus facile à faire accepter, à faire effacer les traces flagrantes, et comme le cachet même du crime imprimé sur les organes (1).

Si dans les cas que je viens de vous rapporter, Messieurs, et dans leurs analogues les lésions causées par l'action traumatique qui a été employée pour déterminer l'avortement sont tellement évidentes qu'elles ne puissent être méconnues et qu'il n'y ait pas la moindre hésitation relativement à la détermination des circonstances dans lesquelles elles ont pu se produire; il n'en est pas toujours de même, surtout lorsque ces

(1) Tardieu, *loc. cit.*, obs. LIII, p. 160.

lésions ne consistent qu'en de simples piqûres de la matrice; car si ces dernières perforent parfois toute la paroi utérine, elles n'intéressent souvent qu'une partie de ces parois. Ce qu'il y a de plus remarquable dans ces lésions de l'organe, c'est que, en raison même de la structure du tissu utérin, le travail inflammatoire causé par le traumatisme y est à peine perceptible, tandis que la séreuse qui recouvre le corps de la matrice devient aussitôt le point de départ d'une phlegmasie extrêmement aiguë, qui s'étend rapidement à la totalité du péritoine et ne tarde pas à causer la mort. J'ai pu constater ce fait de la résistance du tissu utérin au travail phlegmasique dans un cas que j'ai observé, en 1856, à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Béhier, dont j'étais l'interne, et que j'ai présenté alors à la société anatomique (1).

Une femme se présenta le samedi 13 décembre au soir à l'hôpital Beaujon. Elle disait qu'elle venait de faire une fausse couche et qu'elle éprouvait des douleurs vives du bas-ventre. Les questions les plus pressantes ne purent lui faire avouer que l'avortement avait été précédé de manœuvres intentionnelles.

Il y avait un ictère bien marqué, avec de la douleur dans la région du foie; le ventre était météorisé. On pensait que l'ictère devait être attribué à une péritonite sous-hépatique; mais on apprit qu'il s'était développé rapidement à la suite d'une visite judiciaire faite à la malade, la veille de son entrée. Les symptômes ne furent nullement amendés par l'application de sangsues et d'onguent mercuriel, la malade succomba.

L'autopsie fit voir une péritonite moins intense qu'on ne le supposait. Il n'y avait ni pus, ni fausses membranes dans le péritoine. Toute la corne droite de l'utérus était détruite par la gangrène; l'utérus communiquait donc largement avec le péritoine par une ouverture ayant le diamètre d'une pièce de cinq francs. Cette membrane avait mieux résisté à la gangrène que le tissu même de l'utérus; la perforation était moins large

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, 2e série, t. I, p. 467, décemb. 1856.

sur la séreuse que sur le tissu utérin. Cette gangrène n'avait déterminé qu'une métrite de voisinage très-peu intense et peu étendue, avec infiltration de pus dans le tissu utérin environnant dont l'état contrastait avec l'intégrité des autres parties de la matrice. Il n'y avait rien du côté des voies biliaires. Il paraît que cette perforation de la matrice avait été opérée par l'introduction dans la cavité de cet organe de l'une des branches d'un fer à papillottes (1).

Dans un autre cas, qui a fait, de ma part, l'objet d'un rapport médico-légal, le travail phlegmasique était beaucoup moins étendu. Il s'agit de cette malheureuse que son mari avait fait avorter avec une tige de fer qu'il avait fabriquée lui-même, en lui promettant d'en confectionner une en argent si l'opération réussissait au gré de ses désirs.

Des renseignements préliminaires que j'ai pu recueillir, il résulte que cette femme, âgée de 33 ans, est entrée le 18 janvier à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le Dr Oulmont. Elle était affectée d'une péritonite aiguë et généralisée, à laquelle elle a succombé. Elle n'a pas fait connaître la cause de sa maladie au médecin qui la soignait, mais, dans la journée du 19, son état s'étant aggravé de façon à nécessiter les soins de l'interne de garde, elle lui a déclaré que, se sentant enceinte et voulant mettre un terme à sa grossesse, elle avait introduit, elle même, dans ses organes génitaux une tige de métal terminée par une boule. Ces manœuvres auraient eu lieu dans la soirée du samedi 15 et auraient été bientôt suivies d'un écoulement sanguin abondant, puis du début de la péritonite qui a déterminé la mort. Pendant tout le cours de la maladie qui a duré du 15 au 20 janvier, il y a eu des vomissements abondants, qui n'ont pas été recueillis, mais qui étaient plutôt grisâtres que colorés par de la bile.

Au moment de l'autopsie, qui a eu lieu environ 40 heures après la mort, l'abdomen, entièrement distendu par des gaz, portait antérieurement des traces d'une application de sangsues

(1) Cette observation a été rapportée par M. Tardieu. *Loc. cit.*, p. 154.

faite à l'hôpital; on ne voyait aucun indice de plaie ou de contusion.

A l'ouverture de l'abdomen, je trouve le péritoine rouge épaissi, les anses intestinales sont agglutinées par des fausses membranes, peu résistantes, de nouvelle formation. Le ventre contient du pus en notable quantité; ce sont là les lésions caractéristiques de la péritonite qui a causé la mort.

L'utérus est volumineux, il a de 8 à 9 centimètres de hauteur, sur 7 à 8 de largeur à son fond. La portion du péritoine qui le recouvre n'est ni plus rouge, ni plus enflammée que celle qui tapisse les autres organes abdominaux. On ne voit sur sa surface externe aucune trace de perforation.

Si l'on examine l'utérus par son extrémité inférieure et par sa face interne, on trouve que, du côté du vagin, qui a été distendu par des accouchements antérieurs, mais qui ne présente aucune lésion spéciale, l'orifice du col est entr'ouvert et déchiré, comme cela a lieu au moment d'un accouchement ou d'un avortement; une petite ecchymose, d'un millimètre de diamètre à peine, existe sur la surface inférieure du museau de tanche, un peu à gauche, mais il n'y a là aucune éraillure de la muqueuse. Toute la cavité du col présente une coloration d'un rouge foncé, violacé et ecchymosé par places. Une de ces ecchymoses, qui correspond à une des plicaturess de l'arbre de vie, est profonde et pénètre d'un demi-centimètre environ dans la paroi utérine, sans cependant la perforer. Il y a eu bien certainement, en ce point, une pression assez violente, exercée par un corps étranger introduit à travers l'orifice du col utérin.

La rougeur et les ècchymoses n'existent que dans la partie inférieure ou cervicale de la cavité utérine; dans la partie supérieure, c'est-à-dire dans la cavité du corps même de la matrice, la muqueuse a sa coloration rose normale. Sur la paroi intérieure on trouve l'insertion d'un placenta récemment détaché. Cette surface a environ deux centimètres et demi de diamètre; elle n'est pas enflammée, le tissu utérin est rosé à son pourtour, mais les parois de la matrice sont, dans toute leur étendue, plus épaisses et plus ramollies qu'à l'état normal.

Les ovaires, un peu congestionnés, comme tout le système

génital, ne présentent aucune altération qui puisse être considérée comme étant le point de départ de la péritonite.

Il en est de même des reins, du foie, de la rate, qui est un peu friable, et de la totalité de l'intestin.

L'estomac contient une très-petite quantité de liquide d'une coloration grisâtre. Sa surface interne est enflammée, rouge, injectée au niveau de sa grosse tubérosité et sa muqueuse est le siége de plusieurs érosions de nature inflammatoire, qui occupent surtout sa petite courbure. Autour de chacune de ces petites ulcérations, dont la plus grande n'a pas plus d'un centimètre de diamètre, il existe une vascularisation trés-intense, qui, se prolongeant à une certaine distance, est la cause de la coloration rouge étendue à la majeure partie de la muqueuse stomacale.

Le cœur et les poumons sont sains.

Les altérations qui viennent d'être décrites, rapprochées des renseignements recueillis pendant la vie de la femme C... démontrent que la mort de cette femme est bien due à une péritonite et que cette péritonite a eu son point de départ dans les organes génitaux et plus particulièrement dans l'utérus. Elles ont, en outre, une signification bien plus importante; car elles nous permettent de préciser encore davantage et de placer dans le segment inférieur de l'utérus, c'est-à-dire dans son col, le début de l'inflammation qui s'est ensuite propagée vers le péritoine. Il y a, en effet, une opposition très-marquée entre l'état dans lequel nous avons trouvé les deux segments de la cavité utérine dont l'un, le supérieur, n'est nullement altéré, tandis que l'autre, l'inférieur, présente une rougeur non-seulement inflammatoire, mais même ecchymotique, comme celle que l'on rencontre sur les surfaces qui ont été le siége de violences ou de sévices.

Or, l'état de la cavité du corps de l'utérus nous permet d'affirmer que cet organe renfermait un produit de conception, lequel a été récemment expulsé, alors que la grossesse était tout à fait à son début et sans qu'aucune altération de cette partie de la matrice nous explique cet avortement. Comment donc a-t-il pu se produire?

S'il s'était effectué spontanément ou sous l'influence d'une

maladie, soit de la matrice, soit de l'œuf, nous trouverions des indices de cette maladie dans la cavité du corps même de la matrice, nous verrions l'inflammation avoir son point de départ sur la plaie placentaire ; mais il n'en est rien et nous trouvons, au contraire, la cavité du col rouge, enflammée, ecchymosée, présentant la trace évidente d'une violence exercée à l'aide d'un instrument analogue à celui dont la femme C... a dit s'être servie pour se faire avorter. Cette déclaration concorde donc parfaitement sur ce point avec nos constatations, desquelles il résulte, en effet, qu'une tige de métal a été introduite dans la cavité utérine et que cette tige n'a pas pénétré jusque dans la cavité du corps de l'utérus, mais qu'elle a exercé son action dans la cavité du col pour déterminer d'abord l'avortement, puis la péritonite qui a causé la mort.

Il reste cependant douteux pour moi que l'introduction de cette tige rigide, si incomplète qu'elle ait été, ait pu être effectuée par la femme elle-même, et il me semble, sinon absolument impossible, au moins très-difficile d'admettre que cette femme ait pu se livrer seule à une semblable manœuvre, sans y être aidée par une personne plus expérimentée.

Cette manœuvre n'est probablement pas l'unique tentative qui ait été faite pour provoquer l'avortement qui a eu lieu. L'état d'inflammation dans lequel j'ai trouvé la muqueuse de l'estomac démontrait que des substances irritantes avaient été ingérées depuis un certain temps. Mais l'examen chimique des matières contenues dans cet organe n'a permis d'y reconnaître la présence d'aucune substance toxique.

Mes conclusions furent les suivantes :

I. La femme C... est morte de péritonite.

II. Cette péritonite à succédé à un avortement.

III. La cause de cet avortement, et le point de départ de cette péritonite, est un traumatisme exercé dans la cavité du col de l'utérus, au moyen d'une tige rigide.

IV. Il est probable que des substances irritantes, réputées abortives, ont été administrées par les voies digestives antérieurement à l'action de ce traumatisme.

La suite prouva combien ces conclusions était fondées, car

le mari, reconnu coupable, avoua avoir exécuté lui-même les manœuvres qui avaient produit les lésions que j'avais constatées.

Je vous ai dit, messieurs, que dans certains cas des lésions assez graves pour déterminer la mort, peuvent être la conséquence des manœuvres abortives, sans que l'œuf ait été atteint et sans que l'avortement s'en soit suivi ; en voici deux exemples :

« Une jeune fille de 22 ans, enceinte de trois mois, se rend chez une sage femme, qui lui introduit dans les parties un instrument très-aigu. Au moment où celui-ci a pénétré profondément, elle ressent une violente douleur dans le ventre. Un peu de sang s'écoule, et, les souffrances augmentant, elle est obligée de passer la nuit chez cette sage-femme, qui la ramène le lendemain matin à son domicile, où elle l'abandonne. Les douleurs vont en augmentant rapidement, et, malgré le traitement le plus énergique, la mort survient le quatrième jour.

« A l'autopsie, on trouve une péritonite très-aiguë, dont le principal foyer est concentré autour de la matrice. Celle-ci contient un fœtus, enveloppé de ses membranes intactes et non enflammées et des eaux de l'amnios, restées limpides; dans l'épaisseur des parois du col, on découvre une perforation étroite, qui se prolonge en haut et en arrière, jusqu'à 6 centimètres environ et s'ouvre à la partie postérieure de l'utérus. La surface de la plaie fistuleuse était noire, mais le tissu environnant était sain. Il n'y avait aucune trace de caillots sanguins. L'œuf n'avait donc pas été intéressé. » (1).

« Une femme âgée de 36 ans, enceinte de six mois, s'adressa à un charlatan, qui, sur sa demande, se mit en devoir de la faire avorter et pratiqua une opération qui, au bout de douze heures, était suivie de la mort de la patiente et amenait cet homme devant la justice. L'autopsie à laquelle procédèrent

(1) Ollivier d'Angers, cité par Tardieu.

quatre médecins, permit de constater les faits suivants : le cadavre était exsangue; la cavité abdominale renfermait une énorme quantité de sang, en partie coagulé; la paroi postérieure de l'utérus offrait une ouverture du diamètre d'une sonde ordinaire, qui s'étendait jusqu'à l'artère iliaque interne du côté droit, qui était elle-même perforée, un peu au-dessous de son origine. L'ouverture du vaisseau aurait pu admettre une plume d'oie. Trois autres piqûres existaient à travers l'utérus, dans une direction à peu près semblable. Toutes les quatre avaient leur point de départ au col de l'utérus, de sorte qu'un stylet, introduit dans le vagin, en suivait très-aisément le trajet. Malgré leur multiplicité, aucune de ces ponctions n'avait atteint l'œuf. Les membranes étaient intactes, ainsi que le fœtus. » (1).

Dans tous ces cas de perforation ou de blessure de la paroi utérine, on reconnaît sans hésiter l'action du traumatisme qui a été pratiqué en vue de déterminer l'avortement, que ce dernier ait eu lieu ou non. Je n'ai donc pas besoin d'insister sur les caractères anatomiques propres à ces lésions, pas plus que sur les conclusions qu'elles vous autoriseront à poser. Mais quelquefois, et trop souvent même, la lésion n'est pas apparente, quoique l'action traumatique ait été exercée et ait produit son effet; aussi, grand est l'embarras de l'expert, qui, constatant la présence d'un avortement récent, et reconnaissant que cet avortement est bien réellement la cause de la mort, n'a par devers lui aucun signe certain qui lui permette de reconnaître comment s'est produit cet avortement, ni s'il a été spontané ou provoqué. Lorsque le doute existe dans son esprit, il est de son devoir de formuler ce doute devant les magistrats qui l'ont commis, sans chercher à suppléer par des hypothèses plus ou moins hasardées, aux données scientifiques, positives et précises sur lesquelles il doit toujours asseoir ses conclusions. Mais il est aussi de son devoir de chercher à étendre le cercle de ces données scientifiques, en étudiant les signes nouveaux sur

---

(1) Raynard. *Americal journal of medic. science*, 1853 (cité par Tardieu).

lesquels l'attention n'a pas été encore suffisamment attirée, et d'apprécier, au moyen d'observations bien faites, la valeur et l'importance de ces signes, dans les cas où ils peuvent être constatés. C'est à ce point de vue, et seulement pour éveiller l'esprit d'investigation de ceux d'entre vous que ce sujet peut intéresser, que je veux vous parler, messieurs, des petites ecchymoses qui, dans un des cas dont je vous ai donné la relation (1) existaient au fond du vagin, sous la muqueuse tapissant les culs-de-sac et surtout sous celle qui revêt la surface du museau de tanche.

J'ai observé ces ecchymoses, plus ou moins étendues, dans quatre autopsies, que j'ai eu à pratiquer sur des femmes récemment avortées. Trois de ces avortements étaient bien manifestement dus à une action criminelle, reconnue à d'autres signes incontestables ; et dans ces trois cas j'ai cru devoir attribuer la présence de ces ecchymoses aux contusions exercées sur le fond du vagin et sur la surface du col utérin, par la manœuvre des instruments introduits dans ces organes. Je m'y trouvais d'autant plus autorisé, que je ne sache pas que semblable lésion ait été notée à la suite des avortements naturels ou même des accouchements à terme, effectués sans le secours d'aucun instrument obstétrical. C'est donc un signe qui peut et doit avoir une certaine valeur. Cependant il faudrait bien se garder d'en exagérer l'importance, car bien des circonstances étrangères aux manœuvres d'un avortement criminel peuvent nécessiter l'introduction, dans le fond du vagin, d'instruments ou de corps étrangers, susceptibles de contondre plus ou moins les parties, et, par suite, de donner lieu à la production d'ecchymoses toutes semblables à celles qui nous occupent.

Cette difficulté s'est présentée dans un cas où j'ai été commis par la justice, pour faire l'autopsie d'une femme morte d'hémorrhagie utérine, à la suite d'un avortement, et dont la métrorrhagie avait été combattue par l'application réitérée d'un tamponnement vaginal, en même temps que l'on faisait une tentative de transfusion du sang.

---

(1) Voyez p. 291.

A l'examen du cadavre je ne trouvai d'autre plaie extérieure qu'une petite incision transversale de 1 centimètre à peine, au pli du coude du bras droit, sur le trajet de la veine céphalique. Cette incision, en tout semblable à celle qui aurait pu être faite pour pratiquer une saignée, avait servi à opérer la transfusion du sang. Il y avait, en effet, dans la veine, un caillot adhérent de 10 centimètres de long, et dans la gaîne cellulo-fibreuse de ce vaisseau une suffusion sanguine indiquant qu'il avait bien pu, en effet, être le siége d'une tentative opératoire de cette nature.

Tous les organes successivement examinés ont été trouvés exsangues et ne présentant aucune altération morbide suffisante pour expliquer la mort. Du côté du cœur le ventricule droit renfermait un tout petit caillot fibrineux, de date ancienne et formé sur place.

Il n'y avait pas de traces de péritonite, mais l'utérus était plus volumineux qu'à l'état normal, il débordait quelque peu derrière le pubis et mesurait verticalement 14 centimètres, horizontalement 11 centimètres, entre les insertions des deux trompes. Son tissu, complétement exsangue, était mou et friable; ses orifices inférieurs étant largement dilatés. La cavité utérine contenait un détritus noirâtre, sanguinolent que l'on retrouvait également dans le vagin. Sa muqueuse était boursouflée, rouge par places et présentant des arborisations colorées bien manifestes, tranchant avec la décoloration générale des autres tissus. Il existait au fond, et sur la paroi antérieure de la cavité utérine, les traces d'une plaie placentaire ayant une étendue de 4 centimètres en hauteur, sur 6 centimètres en largeur, et qui était produite par le décollement récent d'un œuf, qui n'a pas été retrouvé, dont il ne m'a pas été par conséquent possible de déterminer l'âge d'une façon exacte et précise. Cet utérus ne présentait aucune perforation, aucune trace appréciable de violences extérieures. Les ovaires étaient un peu gros, mous et exsangues, comme les autres organes; sur le droit on trouvait un corps jaune à la période de réparation, ayant le volume d'un gros pois.

Le vagin était dilaté; à sa partie supérieure on trouvait plu-

sieurs ecchymoses, indices de manœuvres opérées sur ces parties; elles pouvaient parfaitement avoir été causées par les divers tamponnements qui ont été pratiqués pour arrêter l'hémorrhagie.

La vulve était béante, elle présentait à la partie postérieure, sur la fourchette, une cicatrice ancienne, trace d'un accouchement antérieur. Il n'y avait pas d'éraillures, ni de dilacérations de date récente.

Les seins étaient peu volumineux, mais on en faisait sourdre, par la pression, un liquide lactescent, et, en les incisant, on trouvait les conduits galactophores remplis de lait, jusques dans leurs dernières ramifications.

De l'ensemble de ces faits je dus conclure que :

I° La fille F... était morte d'hémorrhagie;

II° Cette hémorragie avait eu lieu par la surface interne de l'utérus et elle était la conséquence d'un avortement;

III° Autant qu'il m'a été possible d'en juger par l'état des parties de la mère (développement de l'utérus, étendue de la plaie placentaire, état de seins, dilatation sans déchirure récente de la vulve), cet avortement a dû avoir lieu entre le quatrième et le sixième mois de la grossesse;

IV° Il n'est pas possible, avec les seules données que nous possédons, de dire s'il s'est fait naturellement ou s'il a été provoqué.

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

De l'opération de la fistule vésico-vaginale en plusieurs temps, par A. Courty. — Bien qu'elle soit une des plus sûres conquêtes de la chirurgie moderne, l'opération de la fistule vésico-vaginale par le procédé américain n'en a pas moins ses revers. Elle peut, comme toutes les opérations, être suivie d'accidents mortels. Heureusement ces accidents sont relativement rares, et en déterminant, comme je l'ai fait dans un travail que j'espère pouvoir communiquer prochai-

nement à la Société, les circonstances dans lesquelles ils se développent, on peut espérer d'en amoindrir encore le nombre.

Mais ce qui est bien plus fréquent, c'est la non-réussite de l'opération, c'est la nécessité d'y revenir à plusieurs reprises, une seconde fois, souvent une troisième ou quatrième fois, avant d'oblitérer parfaitement la fistule. Il est des fistules pour lesquelles on ne peut guère prévoir d'avance les difficultés, l'échec tenant à des circonstances indépendantes des dimensions de la fistule et des autres conditions en apparence favorables à la réunion. Il en est d'autres, au contraire, pour lesquelles l'étendue de la solution de continuité, la perte de substance, la distance qui sépare les bords, l'irrégularité même et la multiplicité des lèvres de la plaie, peuvent faire prévoir, en même temps que les difficultés de l'opération, les chances nombreuses défavorables au succès.

Dans ces cas, il peut se présenter deux circonstances différentes : ou bien les bords de la plaie ne jouissent pas d'une mobilité suffisante, et il faut alors chercher d'autres méthodes de guérison, par exemple une autoplastie à lambeaux susceptibles de déplacement, d'enjambement, etc. ; ou bien les bords jouissent d'une mobilité suffisante, l'utérus notamment s'abaisse de lui-même ou se laisse abaisser de manière à faire espérer qu'on pourra combler le vide laissé par la perte de substance; le col de cet organe a des dimensions considérables favorables à cette occlusion, et alors il faut se contenter de l'opération ordinaire ; mais il faut en assurer le succès, il faut prévenir le découragement des malades qui refusent une seconde ou troisième opération après la non-réussite d'une première opération longue, douloureuse et surtout suivie des soins les plus pénibles pour la malade elle-même plus encore que pour le chirurgien. C'est pour ces cas que j'ai imaginé l'opération en plusieurs temps. Au lieu de faire courir à la malade les chances d'un découragement qui la fait souvent renoncer à poursuivre sa cure, je préfère lui déclarer dès l'abord qu'il faut pratiquer trois ou quatre opérations à deux ou trois mois d'intervalle l'une de l'autre, opérations qui n'entraîneront pour elle aucun soin, surtout aucune douleur consécutive, et qui n'auront aucun des pénibles embarras inévitables à la suite de l'opération complète.

Voici comment j'opère :

Je fais choix d'un des angles de la solution de continuité; j'avive les bords ou plutôt, d'après la méthode américaine, les surfaces avoisinant les bords les plus rapprochés les uns des autres, ceux dont l'angle de réunion est le moins ouvert, je les affronte j'y applique cinq ou six points de suture et je reporte la malade dans son lit, sans placer de sonde dans l'urèthre, précaution inutile puisque la vessie n'est pas fermée, sans réclamer de ma malade ni immobilité, ni décu-

bitus dans un sens plutôt que dans un autre, ni constipation forcée, etc. Je ne réclame d'elle qu'une propreté excessive, des lotions et des injections détersives, désinfectantes très-fréquentes. Au bout de 6 à 12 jours, j'ôte les fils et je laisse ma malade se reposer 1 mois ou 2.

Après ce repos, j'entreprends la réunion d'un second angle de la plaie, de la même manière, avec aussi peu de soins consécutifs aussi peu de gêne ou de précautions pour la malade.

Si ces deux opérations ont réussi, et il est bien rare qu'il n'en soit pas ainsi, puisqu'elles ont été pratiquées sans aucune gêne pour la malade, sans tiraillement de la plaie, sans tendance de l'urine à filtrer à travers la ligne de réunion, puisque l'urine n'est pas retenue, enfin, dans les conditions les plus favorables au succès ; si une troisième devient nécessaire dans les mêmes conditions, je la pratique de même. J'obtiens enfin d'avoir, par ces deux ou trois opérations préliminaires, incomparablement plus simples, moins douloureuses, plus disposées au succès que l'opération définitive, réduit la fistule aux dimensions d'une fistule désormais curable par une seule opération, d'une fistule à direction transversale ou à peu près transversale, d'une fistule qu'un col volumineux a souvent de la tendance à combler naturellement pour peu qu'on le retienne pendant quelques jours abaissé vers la vulve ou vers l'urèthre.

Il ne manque plus qu'à faire l'opération ultime ou définitive.

Je pratique alors cette opération comme dans les conditions ordinaires, comme ce que j'appellerai l'opération type. Inutile d'en donner ici la description. Je me contenterai de dire seulement que je fais tout mon possible pour en assurer le succès. Dans ce but, j'ai soin, dans tous ces cas, de relâcher les deux lèvres de la plaie par les deux moyens suivants que je mets, du reste, très-souvent en pratique presque depuis le moment des premières opérations que j'ai pratiquées : le premier moyen consiste à faire une incision semi-lunaire profonde, intéressant l'aponévrose superficielle, au-dessus et autour du méat urinaire, incision qui suffit pour produire aussitôt, entre la lèvre supérieure de cette incision et le méat, un espace saignant, béant, de forme ogivale, et qui fait descendre le méat de 1 à 2 centimètres, par conséquent relâche et rapproche tout le canal de l'urèthre et la paroi correspondante du vagin de la ligne de réunion de la fistule ; le second moyen consiste à passer un ou deux fils forts de fer ou de soie à travers une lèvre du col utérin et à les attacher sur un bouchon de liége retenu à la vulve. On fait ainsi descendre les deux lèvres de la fistule à la rencontre l'une de l'autre, on fait cesser tout tiraillement sur les fils, et par conséquent, on se donne quelques chances de plus de voir la réunion se faire par première intention.

Quant à la sonde à demeure dans la vessie, je m'en abstiens le plus

souvent, et je préfère faire sonder la malade toutes les deux heures par mon élève ou par une infirmière ou simplement par une parente de la malade bien dressée. J'ai pris cette résolution depuis que j'ai vu des opérations échouer par suite de contractions vésicales réflexes violentes ou de cystite aiguë provoquées par le séjour de la sonde dans la vessie, et depuis que j'ai vu chez d'autres malades, dans mon service d'hôpital, se développer des ulcères diphthériques et gangréneux du sacrum à la suite du décubitus pelvi-dorsal prolongé auquel oblige le séjour de la sonde dans la vessie.

Présentation d'instruments. — Je suis bien aise de profiter de l'occasion que j'ai d'entretenir quelques instants la Société pour lui montrer en même temps quelques instruments de mon invention :

1° Une aiguille creuse perpendiculaire à l'axe, pour faciliter la suture de la fistule vésico-vaginale sur les parois latérales du vagin. M. Mathieu la fabriqua sur ma commande et mon dessin. Il y ajouta plus tard le chasse-fil ;

2° Deux pinces érignes, que je recommande comme des plus utiles à introduire dans la trousse du gynécologue. Une divergente, pour attirer et retenir le col de l'utérus, une convergente, à glissement, destinée au même usage et pouvant être décomposée en deux fines érignes d'une utilité si fréquente. (*Séance du* 23 *mai* 1877).

Calcul de la vessie chez une femme de 59 ans ; taille vésico-vaginale ; Guérison, par M. Guyon. — La Société s'est occupée il y a peu de temps, de la question des calculs chez la femme ; j'ai opéré le 25 avril dernier une femme de 59 ans, au sujet de laquelle je vais entrer dans quelques détails.

Je rappellerai que plusieurs de nos collègues, et en particulier M. Paulet, ont établi une distinction entre la femme et la petite fille ; cette distinction me paraît très-importante.

La malade que j'ai eu à traiter avait 59 ans ; elle avait eu sept enfants, avait toujours été bien réglée jusqu'à 43 ans et n'accusait aucun accès antérieur de coliques néphrétiques.

Les douleurs étaient intolérables, dès que la malade exécutait le moindre mouvement, il lui semblait alors que quelque chose se déplaçait.

Les mictions fréquentes n'expulsaient que quelques gouttes d'urine et s'accompagnaient d'une violente cuisson au niveau du méat. Il y avait eu d'assez fréquentes hématuries, et l'urine contenait du muco-pus.

L'exploration montre que le calcul n'a pas un volume supérieur à 4 centimètres.

Il fait mettre en balance les avantages et les inconvénients de la taille et de la lithrotritie.

La lithotritie était faisable ; le péritoine n'avait pas subi d'atteintes antérieures, car en pareil cas il faut tenir compte des pelvi-péritonites ; mais la lithotritie est un mode de traitement long, et de plus la taille vésico-vaginale est peu grave et à ma connaissance n'est jamais mortelle, tout en ayant l'inconvénient d'ouvrir une voie à l'urine et d'amener une fistule vésico-vaginale.

Restent les opérations faites sur l'urèthre ; elles sont moins inoffensives, exposent à une incontinence d'urine sur laquelle l'intervention du chirurgien n'a pas de prise ; aussi je préférai ouvrir par le vagin à l'urine une voie plus facilement guérissable, et à l'exemple de M. Valette, d'Orléans, faire immédiatement la suture du vagin.

La malade fut placée sur le côté droit et endormie dans cette position ; le spéculum américain introduit, je fis une incision de 4 à 5 centimètres sur la rainure du cathéter. J'essayai de fragmenter le calcul à l'aide d'une chaîne d'écraseur, mais je ne pus y arriver ; l'extraction se fit, du reste, sans difficulté. Je plaçai 10 points de suture métalliques.

Il n'y eut aucune suite opératoire, la température ne dépassa pas 38°,4 ; la sonde fut laissée 6 jours à demeure, et le dixième jour j'enlevai les fils et je trouvai la plaie parfaitement fermée.

Je crois que par aucun autre procédé je n'aurais obtenu une guérison aussi rapide, aussi conseillerais-je cette manière de faire lorsqu'on a affaire à une femme. Il n'en est plus de même chez une fille vierge qu'on ne peut déflorer ou chez une petite fille dont le vagin n'est pas assez spacieux.

Pour compléter ma pensée, je dirai que chez l'homme la lithotritie est bien plus innocente que la taille, tandis qu'au point de vue de la bénignité de la taille, la femme se rapproche de l'enfant. Ce fait vient à l'appui de la doctrine que je viens d'exposer.

Discussion. — M. Desprès. Bien que je trouve l'opération de M. Guyon bien conçue et bien exécutée, je n'admets pas pourtant qu'il faille l'imiter sans hésitation. J'ai présenté une malade qui, traitée par la dilatation, a été débarrassée en 2 jours ; le sixième jour elle sortait de l'hôpital. Ma manière d'agir est préférable en ce sens qu'on ne fait aucune incision.

M. Guyon. Je n'ai pas eu l'idée de comparer mon opération à la dilatation ; car si M. Desprès veut examiner mon calcul, il verra qu'on ne pouvait l'extraire qu'après plusieurs séances de broiement à l'aide de la dilatation. Si, au contraire, la pierre est molle ou peu volumineuse, je ne conseille pas de faire la taille. Le cas de M. Desprès relève des manœuvres uréthrales avec broiement ou avec dilatation.

M. Panas. Je prie M. Guyon de vouloir bien nous donner sa statis-

tique; si je fais cette question, c'est que je crois que les insuccès sont rarement publiés et que les statistiques heureuses qu'on nous donne sont rarement intégrales.

M. Guyon. Ma communication n'avait pas pour but de traiter la question d'une façon générale. Je répondrai à M. Panas que j'ai fait quatre fois la taille vésico-vaginale, une fois la dilatation. Mes trois premiers cas de taille m'ont donné une mort : deux de ces malades avaient une fistule préexistante qui, chez l'une, s'était produite par usure; toutes deux se sont refusées à toute réparation vaginale. La femme qui a succombé s'était introduit une épingle à cheveux et avait eu des accidents si graves qu'on l'avait crue atteinte, à deux reprises, de fièvre typhoïde. A la suite d'une séance de lithotritie, j'eus des accidents si graves que je fis la taille vésico-vaginale sans suture des lèvres de la plaie.

Mon cas de dilatation a été suivi de mort dans des conditions qui me font regretter de n'avoir pas pratiqué la taille; c'était une femme que j'avais opérée à la Clinique en 1868 d'une fistule vésico-vaginale; un calcul survint, et comme la malade avait eu des pelvi-péritonites je n'osai pas fendre l'urèthre, je fis la dilatation; il y eut péritonite et mort.

M. Panas. Je n'ai fait qu'une fois la taille vésico-vaginale et l'opération fut suivie de mort. Il s'agissait d'une femme qui avait un calcul de la grosseur d'un œuf de poule; la vessie n'était pas malade et la santé excellente. J'avais entendu dire que la taille vaginale était sans danger, je la pratiquai à Lariboisière. Il n'y eut rien d'insolite pendant le cours de l'opération et l'extraction du calcul fut très-facile; au troisième jour il survint du frisson, de la fièvre, des signes d'infection purulente. A l'autopsie on trouva de la suppuration du tissu caverneux du vagin et des veines pelviennes. Ce fait de pyémie aiguë me remit en mémoire les observations de Jobert, qui prétendait avoir perdu plusieurs de ses opérées de fièvre typhoïde intercurrente; c'était de la pyémie.

Je me suis alors demandé si les blessures du vagin sont aussi innocentes qu'on le dit et si pour remédier à une fistule, qui n'est qu'une infirmité dégoûtante il est vrai, on devait faire une opération grave : y aurait-il un moyen de rendre innocentes ces opérations sur le vagin. La structure de ce canal comprend, en outre des deux muqueuses, un corps spongieux et veineux dont la blessure peut donner lieu à des phlébites.

Comment se fait-il que les fistules opérées par la méthode américaine ne soient pas suivies d'accidents, cela ne tient-il pas à ce que cette méthode consiste à faire seulement l'abrasion de la muqueuse et exclut les débridements latéraux, les incisions libératrices de Jobert qui étaient l'écueil de sa méthode.

Je me résume en disant que le nombre des succès me fait douter que des auteurs aient publié intégralement leur statistique de taille vaginale; j'ajoute que je serais porté à employer, soit le thermocautère, soit quelque autre procédé moins dangereux que le bistouri.

M. Verneuil. Je suis de l'avis de M. Panas en ce sens que je n'admets que les statistiques intégrales, fussent-elles même d'un fait. Mais quand on veut juger les statistiques, il faut avant tout considérer l'état antérieur du malade; qu'on ait employé n'importe quelle méthode chez la femme à laquelle M. Guyon a pratiqué la dilatation, elle serait morte de même.

M. Panas a soulevé la question des plaies de la cloison vésico-vaginale; il y a des accouchements laborieux pendant le cours desquels les malades meurent avec une de ces déchirures.

J'ai vu un cas de déchirure longitudinale de la cloison vésico-vaginale au sujet de laquelle je demande à dire quelques mots, et qui est consignée dans le tome Ier de mes *Mémoires de chirurgie*. Il s'agissait d'une fille de 23 ans qui, en voulant descendre précipitamment d'un cerisier, tomba sur un échalas taillé en biseau, lequel pénétrant dans le vagin déchira la cloison vésico-vaginale. Le vagin débarrassé des corps étrangers qu'il contenait, on put voir une plaie longitudinale oblique en arrière et à gauche longue de 45 millimètres environ. L'avivement pratiqué, on plaça 8 points de suture, mais la malade traversa un période d'accidents graves qui me donnèrent des inquiétudes; aussi serais-je porté à croire qu'une simple plaie de la cloison n'est pas une chose insignifiante.

J'ai consacré un chapitre à la léthalité des fistules vésico-vaginales dans l'ouvrage déjà cité, et sur un peu moins d'une centaine de malades j'en ai perdu cinq; l'une des observations les plus curieuses est celle où la malade a succombé à une péritonite causée par une rétention de flux menstruel dont l'origine était dans un rétrécissement du col utérin.

Mais la cause la plus fréquente de la mort réside dans les affections des reins; Bollock l'avait déjà dit et j'ai présenté à la Société anatomique un cas dans lequel un uretère était placé sur le bord de la fistule; il y eut dilatation de l'uretère et hydronéphrose.

Qant aux thromboses des plexus utéro-vaginaux dont a parlé M. Panas, j'en ai trouvé chez les nouvelles accouchées. On peut très-bien admettre que les phlébolithes existant antérieurement puissent servir de centre à des coagulations nouvelles, si les malades se trouvent soumises à une opération. J'ai opéré d'une fistule vésico-vaginale une femme qui avait eu une pelvi-péritonite ; elle fut prise subitement d'une syncope, la face était bleue, il y avait en un mot tous les signes d'une embolie pulmonaire; la malade se remit de cette alerte, mais le surlendemain survint une phlegmatia alba dolens.

M. Tillaux. Il me semble que M. Guyon ne s'est pas assez occupé de la taille uréthrale, il a mis en parallèle la dilatation, la lithotritie et la taille; la dilatation était dans ce cas une mauvaise opération, car on ne peut dilater au-delà de 0°,03, mais on aurait pu faire une incision sur le côté de l'urèthre. Le cas de M. Guyon est très-intéressant comme exemple d'un beau succès.

M. Panas nous a parlé du tissu caverneux du vagin, il semble assimiler cet organe à l'urèthre de l'homme: or, je ne connais pas de tissu caverneux dans la cloison vésico-vaginale, il est bien entendu que je ne parle pas du bulbe du vagin.

J'admets, au contraire, très-bien les plexus dont a parlé M. Verneuil, qui sont latéraux et dans lesquels se rendent les veines vaginales.

M. Panas. En me servant du mot de tissu caverneux j'ai voulu établir une analogie avec les blessures de l'urèthre ; le tissu est analogue à celui que Jarjavay nommait spongio-vasculaire. J'affirme d'après les recherches de Kobelt que j'ai contrôlées, qu'il y a dans la muqueuse du vagin et de la vessie un plexus veineux abondant.

Je n'assimule pas du reste ce tissu avec le bulbe anatomiquement, mais au point de vue opératoire, et je suis convaincu que si on n'a pas plus souvent d'accidents, c'est qu'on agit sur un tissu cicatriciel le plus souvent.

M. Guyon. Je n'ai pas voulu dire qu'on ne pouvait extraire les calculs par la taille uréthrale, mais cette opération a pour défaut d'entraîner une incontinence souvent inguérissable.

Je crois qu'il faut tenir grand compte de ce qu'a dit M. Panas, au sujet de la léthalité; en somme, ma statistique est favorable, puisque je n'ai perdu qu'un malade de néphrite sur quatre opérés.

Quant au cas de Verneuil, indépendamment de la déchirure de la cloison, il peut y avoir eu chez sa malade une action contondante assez grave pour expliquer les accidents.

Pour revenir aux calculs vésicaux chez la femme, je crois que la taille vaginale avec suture immédiate est l'opération qui offre les plus grandes conditions d'innocuité, si le calcul a un certain volume.

(*Séance du 6 juin, Bull. de la Soc. de chir.*)

CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES.

(5e *session*) *tenu à Genève.*

Le congrès périodique international des sciences médicales, s'est ouvert, à Genève, le 9 septembre, au milieu d'une affluence considérable de médecins venus de presque tous les points du globe.

Les travaux du congrès se sont répartis entre les séances générales qui se tenaient de 3 à 5 heures et demie et les séances des sections qui avaient lieu le matin de 9 heures à midi.

Nous ne rendrons pas compte de tous les travaux qui ont été communiqués et qui, pour la plupart, ont donné lieu à des discussions fort intéressantes. Nous nous contenterons de faire connaître les communications qui intéressent la gynécologie.

Mais avant, nous devons adresser nos remerciements, non-seulement à la municipalité de Genève et au conseil fédéral, pour la façon cordiale, avec laquelle ils ont accueilli les savants qui s'étaient donné rendez-vous à Genève, mais encore à M. Gustave Revilliod et à nos confrères Binet, Martin et Gautier pour les splendides réceptions qu'ils ont offertes, avec une générosité sans égale, et dont les membres du congrès garderont le plus délicieux souvenir.

SECTION DE CHIRURGIE.

Séance du 10 *septembre* 1877. *Présidence de M. le Professeur* Mayor.

M. Verneuil communique un travail sur l'**Influence réciproque de la grossesse et du traumatisme.** (Voir l'analyse du mémoire de M. Verneuil dans le nº de septembre des Annales de gynécologie p. 229).

M. Pamard (d'Avignon) accepte les conclusions de M. Verneuil, et rapporte l'observation d'une femme enceinte de cinq mois qui fut opérée en 1871, de végétations de la grande lèvre au moyen de l'écraseur. Deux mois après, elle accoucha, avant terme, d'une fille mort-née, dont la mort ne remontait pas à plus de huit jours. M. Pamard pense que l'élément douleur étant supprimé par les anesthésiques, les chances d'accidents sont beaucoup diminuées dans les opérations sur les femmes enceintes.

M. Ollier (de Lyon) partage l'opinion de M. Verneuil. Il rapporte qu'il a plusieurs fois pratiqué des opérations pendant la grossesse, sans en interrompre le cours.

M. de Valcourt (de Cannes) rappelle que M. Spencer Wells à communiqué récemment à la Société obstétricale de Londres plusieurs faits d'ovariotomie dans le cours de la grossèsse. Le chirurgien pratiqua l'ovariotomie chez 9 femmes enceintes de 3 à 7 mois et obtint 9 succès.

La discussion qui suivit aboutit aux conclusions suivantes : « L'ovariotomie est bien moins dangereuse chez les femmes enceintes qu'on est tenté de le croire. Elle doit être pratiquée dans les cas ou le volume considérable du kyste ne laisse pas de place pour le développement du fœtus. La ponction du kyste amène souvent un changement fâcheux dans la nature du liquide et a provoqué une

péritonite dans plusieurs cas. L'ovariotomie est redoutable dans les 4 mois qui suivent l'accouchement, les femmes étant beaucoup plus exposées à la péritonite que pendant la grossesse. »

M. Dupont (de Lausanne) cite le cas d'une femme enceinte de 2 mois qui fut opérée d'un fibrôme intra-pariétal et qui fut guérie au bout de 11 jours.

M. Piachaud (de Genève) dit avoir vu en 1848 une femme enceinte de 4 mois, qui présentait des végétations fongueuses du col. Opérée par Giraldès elle avorta au bout de 4 jours.

M. Gallard appuie les conclusions du mémoire de M. Verneuil. Mais il pense qus les végétations, même celles qui siégent sur le col, ne doivent pas être opérées pendant le cours de la grossesse, car elles peuvent disparaître spontanément après l'accouchement, aussi bien que celles de la vulve, et il cite un fait à l'appui de cette manière de voir.

M. Verneuil constate avec plaisir que ses conclusions ont été appuyées par la plupart des orateurs qui ont pris la parole. Autrefois très-pessimiste pour les opérations pratiquées pendant la grossesse il pense actuellement que l'on peut opérer beaucoup plus souvent, grâce à l'emploi des anesthésiques et des procédés opératoires perfectionnés que l'on a aujourd'hui à sa disposition.

SECTION DE GYNÉCOLOGIE.

Séance du 11 septembre 1877. Présidence de M. Gautier.

Le bureau provisoire composé de M. Gautier (de Genève) *président* et de M. Chenevière (de Genève) *secrétaire* est maintenu dans ses fonctions.

MM. Courty (de Montpellier), Gallard (de Paris), Hubert (de Louvain), Montet (de Vevey), sont nommés *présidents honoraires.*

M. Campbell (de Paris), adresse au Congrès un mémoire sur l'**anesthésie obstétricale**.

M. Piachaud (de Genève) donne lecture d'un travail, sur l'**Emploi des anesthésiques pendant l'accouchement** dont voici les conclusions :

1. L'emploi des anesthésiques peut être conseillé d'une manière générale dans l'accouchement naturel.

2. Les principaux d'entre eux qui ont été employés jusqu'à présent sont : l'éther, le chloroforme, l'amylène, le laudanum, la morphine en injections sous-cutanées, le chloral par la bouche et en lavements.

3. Le chloroforme me paraît être celui qu'on doit préférer.

4. Il doit être administré suivant la méthode de Show, c'est-à-dire par petites doses au début de chaque douleur, et en le suspendant dès que la douleur est passée.

5. On ne doit jamais pousser l'action jusqu'à l'insensibilité complète, mais se borner à une demi-anesthésie, c'est-à-dire à une atténuation de la souffrance. (Sopor de M. Samson.)

6. On donne généralement le précepte de n'administrer le chloroforme que pendant la période d'expulsion; cependant dans certains cas de nérvosite et d'agitation extrêmes, il est avantageux de ne pas attendre la complète dilatation du col pour employer les anesthésiques.

7. Les expériences ont démontré que les anesthésiques ne suspendent ni les contractions utérines, ni celles des muscles abdominaux, et qu'elles affaiblissent la résistance naturelle des muscles du périnée.

8. L'emploi des anesthésiques n'a aucun effet fâcheux sur la santé de la mère ni sur celle de l'enfant.

9. En atténuant plus ou moins la souffrance, les anesthésiques rendent un grand service aux femmes qui redoutent la douleur, ils diminuent les chances de crises nerveuses qui ont pour cause pendant le travail l'excès de la souffrance; enfin ils rendent plus rapide le rétablissement de l'accouchée.

10. Les anesthésiques sont spécialement utiles pour calmer l'extrême agitation et l'excitation cérébrale que le travail produit souvent chez les femmes très-nerveuses.

11. Leur emploi est indiqué dans les cas d'accouchement naturel, lorsque le travail est suspendu ou rétardé par la souffrance causée par des maladies antérieures, ou survenant pendant le travail, et dans le cas où des contractions irrégulières et partielles occasionnent une souffrance interne et presque continue, sans concourir au progrès du travail.

12. Dans l'accouchement naturel, le chloroforme ne devra être employé qu'avec l'assentiment de l'accouchée et de sa famille.

M. Courty. Je suis heureux de voir la question de l'anesthésie obstétricale à l'ordre du jour et j'espère que le public médical adoptera les conclusions formulées par M. Piachaud. L'école française s'est montrée trop timide dans l'emploi des anesthésiques pendant l'accouchement. Lallemand condamna autrefois l'emploi de l'éther et du chloroforme. Dubois qui repoussait l'emploi du chloroforme en général, l'admettait cependant dans certains cas de dystocie. Depuis ce jour la question de l'anesthésie obstétricale n'a pas fait un pas en France. J'ai employé l'anesthésie dans plus de 40 cas, et je n'ai eu à déplorer aucun accident, mon expérience personnelle me permet donc de conclure que l'anesthésie obstétricale ne présente pas les dangers qu'on s'est plu à lui reprocher.

Sous l'influence du chloroforme les douleurs diminuent d'intensité, et se régularisent. Les résistances périnéales sont moindres et l'accouchement se termine plus rapidement.

L'accouchement étant plus court, il est probable que l'inertie utérine,

et par conséquent, les hémorrhagies internes se montreront moins fréquemment.

M. LEBLOND (de Paris) fait connaître les conclusions qui ont été lues récemment à l'*American gynécological Society*, par le Dr Lusk (de New-York). Ces conclusions diffèrent peu de celles qui ont été formulées par M. Piachaud. M. Lusk, cependant, accepte sous certaines réserves l'emploi du chloroforme dans l'accouchement. Quant à l'hydrate de chloral que M. Piachaud semble rejeter, il pense qu'il mérite d'être pris en sérieuse considération. Ce médicament qu'il a employé à plusieurs reprises lui a donné des résultats parfois très-satisfaisants et d'autres fois complètements négatifs. Si l'on cherche à interpréter les faits, on doit remarquer que le chloral diminue très-notablement la douleur chez les femmes dont l'accouchement est facile, c'est-à-dire chez celles dont le bassin est ample et lorsque la tête fœtale n'est pas trop volumineuse. Dans les accouchements, au contraire, rendus difficiles, soit par un excès de volume de la tête fœtale, soit par défaut d'amplitude du bassin, le chloral tout en produisant le sommeil, ne diminue pas notablement la douleur de la contraction utérine.

M. FORGET (de Paris) considère les conseils donnés par M. Courty comme trop absolus. Il ne pense pas que M. Courty soit en droit de formuler son opinion d'une façon aussi catégorique, en s'appuyant sur 40 cas seulement. Il fait remarquer que l'on ne se préoccupe pas assez de l'action des anesthésiques sur l'enfant.

M. GAUTIER (de Genève) lit un travail sur la **Dysménorrhée membraneuse** dont voici les conclusions :

1° La dysménorrhée n'est pas primitivement une endo-métrite ;

2° Par sa nature la dysménorrhée membraneuse se rapproche de l'icthyose de la peau ou de la muqueuse linguale ;

3° Le traitement qui paraît indiqué en premier lieu est la dilatation ou l'incision du canal cervical ; le succès des médicaments appliqués directement sur la membrane muqueuse utérine est subordonné à l'élargissement permanent des orifices du col de l'utérus.

Mme HOGGAN. Dans la dysménorrhée la membrane éliminée comprend une partie utérine et une partie vaginale. J'ai soumis à l'examen microscopique quatre membranes dysménorrhéiques. Dans un cas la membrane avait la forme de la cavité utérine avec prolongement s'étendant sur le vagin. La partie utérine était composée de tissu embryonaire et celle provenant du vagin était de nature épithéliale. Le caractère mixte de la membrane est un fait intéressant à noter.

Séance du 12 septembre 1877.

Présidence de M. GAUTIER.

M. BLACHE (de Paris) présente en son nom et sous celui de M. Odier

une **balance pour peser les nouveau-nés**, modifiée par M. Turretini, fabricant d'instruments à Genève.

M. Rapin (de Lausanne) lit un mémoire sur le **Souffle utérin.**

M. Leblond (de Paris) lit un travail sur l'**amputation du col** et présente un **spéculum porte-fil** construit sur ses indications par M. Aubry et destiné à faciliter cette opération.

Voici les conclusions de ce travail :

1° L'amputation du col doit être pratiquée sur place ;

2° La méthode galvano-caustique est particulièrement applicable au cancer utérin, bien qu'elle puisse être également employée dans les cas d'hypertrophie simple ;

3° A défaut du galvano-cautère, c'est l'écraseur qu'il faut choisir, surtout dans les cas de cancer ;

4° Les ciseaux sont préférables au bistouri quand on renonce à l'emploi du galvano-cautère ou de l'écraseur ;

5° Le bistouri ne doit guère être employé que dans le cas d'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col.

M. Kœberlé (de Strasbourg). Le spéculum qui vient de nous être présenté, me paraît très-ingénieux et je pense qu'il peut rendre de grands services mais pour le cas de cancer, je ne crois pas qu'il permette de placer le fil suffisamment haut. Lorsque j'ai affaire à cette maladie j'attire le col à la vulve et je me sers actuellement du thermo-cautère pour pratiquer la section que je commence par la partie antérieure. Cet instrument permet d'évider le col comme cela est nécessaire dans certains cas. Je n'ai jamais eu d'accidents par ce procédé.

M. Pagenkopff (de Moscou) trouve aussi l'instrument très-ingénieux, mais il pense que le thermo-cautère est préférable par la facilité de l'opération qui permet de se passer d'aides et d'amputer au fond du vagin. Il reproche au fil galvano-caustique de se briser facilement.

M. Piachaud a eu l'occasion de pratiquer l'amputation du col dans quatre cas de cancer et dans un cas d'hypertrophie, au moyen de l'écraseur. Dans ce dernier cas M. Piachaud avant de pratiquer la section eut l'idée de pratiquer le cathétérisme de la vessie. Il s'aperçut que la vessie se prolongeait en bas sous forme de cul-de-sac. La chaîne fut reportée plus bas afin d'éviter la lésion de la cavité vésicale.

Je pense que l'instrument de M. Leblond sera très-utile pour placer le fil galvano-caustique dans les cas de polypes faisant saillie hors du col.

M. Leblond répond à M. Kœberlé qu'il a exposé dans le cours de son travail les raisons qui lui font rejeter l'amputation à la vulve. Quant à l'amputation, au fond du vagin au moyen du thermo-cautère

il ne la croit guère praticable à cause de la grande quantité de fumée qui se produit et qui gène la vue.

M. Leblond montre ensuite un spéculum présentant les avantages des spéculums de Cusco et de Ricord et connu sous le nom de **Spéculum de Bouveret.** Cet instrument est construit chez M. Aubry fabricant d'instruments de chirurgie à Paris.

M. Piccinini (d'Asti) lit un travail sur **La symphyséotomie exécutée par la méthode sous-cutanée** dont voici les conclusions :

1° Ne jamais pratiquer la symphyséotomie pour des rétrécissements au-dessous de trois pouces à trois pouces et demi (80 à 85, 90 millimètres);

2° Employer pour cette opération la méthode sous-cutanée;

3° Faire suivre la section du fibro-cartilage de l'application immédiate du forceps;

4° La position à donner à l'accouchée, le cathétérisme vésical, le bandage inamovible sont autant de détails qui contribueront pour une grande part au succès de l'opération.

L'auteur rappelle en terminant qu'à l'hôpital de Naples, pendant un espace de cinq années, les résultats de la symphyséotomie ont été les suivants :

Opérés, 19 : femmes vivantes, 15; femmes mortes, 4; enfants vivants, 16; enfants morts, 3.

M. Devrient (de Genève) montre un spéculum de son invention formé d'une valve de Sims et de deux valves surajoutées.

M. Vulliet (de Genève) présente un **pessaire pour les cas de prolapsus complet de l'utérus.** L'auteur a appliqué son pessaire 74 fois, et dans un seul cas il n'a pu être supporté.

M. Cordès (de Genève) fait remarquer que ce pessaire lui a été très-utile chez plusieurs femmes, mais qu'il n'a pu être supporté dans plusieurs cas de déchirure du périnée où il l'a appliqué.

M. Leblond pense que dans les cas de prolapsus simple, un fort tampon de coton contenant une certaine quantité de tannin remplacera avantageusement les pessaires.

M. Piachaud a employé avec succès le pessaire de M. Vulliet, dans un cas ou il avait cherché, mais sans succès, à déterminer le rétrécissement du vagin au moyen d'incisions et de serre-fines.

M. Gautier qui employé, il y a longtemps déjà, des tampons contenant de l'alun, dans le prolapsus utérin, n'en a pas obtenu de résultats bien marqués, aussi croit-il les tampons de tannin insuffisants.

VARIÉTÉS

A M. le Dr Leblond, rédacteur en chef des *Annales de la Gynécologie.*

Mon cher ami,

Voulez-vous faire connaître à nos confrères un **moyen très-simple de porter le nitrate d'argent dans la cavité utérine**, sans crainte de casser jamais le crayon, accident qui préoccupe toujours, quoiqu'on puisse dire.

Je prends une *tige de Laminaria* de deux millimètres de diamètre environ, je la trempe dans une solution très-concentrée de gomme arabique, je la roule dans de la poudre très-fine de nitrate d'argent fondu et je laisse sécher.

J'obtiens ainsi un crayon de grosseur ordinaire, *incassable*, qu'on peut porter aussi profondément qu'il est besoin et conduire dans toutes les directions.

Il est monté sur le porte nitrate de trousse.

Ce moyen, si je ne me trompe, me paraît applicable à toutes les cavités et l'on pourrait utiliser, peut-être, le procédé pour d'autres caustiques plus actifs.

Bien tout à vous.

Professeur Pajot.

Des dangers de la musique chez les personnes affectées de maladies utérines. — Nous venons de lire dans le *Nice medical* un travail de M. Balestre, sur les modifications que le jeu exagéré du piano exerce sur les maladies de l'utérus. L'auteur prouve que chez certaines femmes nerveuses et impressionnables, la musique est susceptible d'aggraver les congestions de l'organe utérin.

M. Balestre rapporte dans son mémoire l'histoire d'une femme présentant de la leucorrhée et sujette à des métrorrhagies qui est influencée très-énergiquement par le jeu du piano.

Mme K..., dit l'auteur, est une musicienne de premier ordre, habituellement elle consacre plusieurs heures par jour à l'étude; elle se passionne pour la musique des grands maîtres. Au bout de quelques minutes d'étude ou d'exécution, Mme K... éprouve à l'épigastre et à l'abdomen une sensation de constriction étrange et très-pénible; la douleur aux aînes prend une intensité insupportable, en même temps au voisinage du coccyx et de l'anus, se développe une crampe douloureuse qui s'étend à tout le périnée, à la région vulvaire; la

douleur n'a pas de siége précis, mais l'ensemble de tous ces phénomènes donne lieu à une sensation locale des plus pénibles. Si la malade est à une époque voisine de ses règles, ou de ses ménorrhagies, une perte abondante de sang se montre alors et dure plusieurs heures; si au contraire la malade se trouve dans une période intermenstruelle, la perte blanche prend immédiatement une abondance extraordinaire, et une fois même cet excès de leucorrhée a été suivi d'hémorrhagie.

Ces phénomènes seraient, selon M. Balestre, dus à la suractivité nerveuse qu'exige l'exécution d'un morceau de musique.

Il conclut de là, qu'il est nécessaire à la femme qui éprouve soit de la leucorrhée, soit quelque congestion utérine, d'interrompre l'étude de la musique, ou tout au moins de s'y livrer avec une certaine modération.

L'allaitement en Colombie. — Le Dr André Posada-Aranjo adresse au président de la Société protectrice de l'enfance de Paris, une lettre dont nous extrayons les passages suivants :

« Il n'y a en Colombie ni loi, ni Société protectrice de l'enfance. La profession de nourrice n'existe pas ici. Toutes les femmes, les riches comme les pauvres, ont l'habitude de donner le sein à leurs enfants, jusqu'à l'apparition des symptômes d'une nouvelle grossesse, ce qui arrive ordinairement au neuvième mois. En sorte que chaque enfant est de dix-huit mois plus âgé que celui qui vient après. Il y a pourtant beaucoup de femmes qui accouchent tous les onze mois d'enfants qui se portent bien. L'allaitement ne s'oppose nullement à la procréation. Chaque mariage produit ici (État d'Antioqua, dans la Colombie) ordinairement dix, douze, quinze enfants. Il y a une dame qui a eu trente-quatre enfants qui vivent (elle avait eu quelques accouchements de jumeaux.) Ses descendants, jusqu'aux arrière-petits fils, forment un gros chiffre. Je connais aussi un homme qui s'est marié trois fois. Il compte déjà cinquante et un enfants, et comme sa femme actuelle est encore jeune, il pourra peut-être arriver à soixante enfants.

On doit remarquer que les femmes d'ici se marient de bonne heure, à treize, quatorze, seize ans. Elles ont la première menstruation à treize ou quatorze ans.

Je suis certain que le genre de nourriture n'est pas sans influence sur la fécondité proverbiale de nos femmes. Le maïs en forme la base, et j'ai remarqué l'influence de ce grain sur la ponte des poules et sur les cochons femelles. — (*Gaz. obst.*)

Nomination. — Le Dr Matthews Duncan, d'Édimbourg, vient d'accepter le poste de médecin de l'hôpital Saint-Bartholomew's, de Londres, devenu vacant par la démission du Dr Greenhalgh.

Nécrologie. — L'éditeur Asselin, libraire de la Faculté de médecine, est mort le 10 septembre dernier. Il n'avait guère plus de 50 ans.

En pleine convalescence d'une maladie qui nous avait tous alarmés, il a été frappé subitement, quand il se disposait à partir pour achever sa guérison à la campagne.

Parmi les nombreuses publications d'Asselin, il faut citer :

L'excellent livre de notre collègue, l'un des directeurs, de ce journal, M. le professeur Courty « *Des maladies de l'utérus.* »

« *L'anatomie topographique* » de M. Tillaux.

« *L'obstétrique vétérinaire* » de M. Saint-Cyr.

Sa participation au grand *Dictionnaire encyclopédique.*

« *L'anatomie de Cruveilhier* » avec figures.

Asselin était le type du parfait honnête homme. Nature droite, bienveillante, serviable, reconnaissante, désintéressée. Tout le monde l'aimait.

Aussi les hommes les plus considérables dans toutes les branches médicales se sont joints à ses confrères pour lui rendre un dernier hommage et, certes, sa famille eût pu trouver quelques consolations dans ce concours unanime, si ces deuils pouvaient être consolés.

La mort d'Asselin enlève, au corps médical, un de ses auxiliaires les plus méritants et les plus sympathiques.

Celui qui écrit ces lignes perd un ancien et bien excellent ami.

Professeur Pajot.

Cours d'accouchements. — MM. Budin et Pinart ont commencé le 15 septembre un nouveau cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et comprendra quatre parties : 1° Anatomie, physiologie et grossesse; 2° Eutocie; 3° Dystocie; 4° Exercices pratiques, opérations. — S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. Leblond.

A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Novembre 1877.

TRAVAUX ORIGINAUX.

HYPERTROPHIE EXULCÉRATIVE SYPHILITIQUE
DU COL DE L'UTÉRUS

Par le Dr Aimé-Martin.
Médecin adjoint de Saint-Lazare, chargé du troisième service de vénériennes.

La syphilis secondaire atteint, plus spécialement, dans les deux sexes, les téguments cutané et muqueux; nous ne décrirons pas les divers accidents qui, sous son influence, peuvent se manifester sur ces téguments, nous voulons seulement appeler l'attention des syphiliographes sur une lésion particulière du col utérin qu'elle détermine dans un très-grand nombre de cas.

Cette lésion, à peine entrevue par Witehead (1), n'a été, jus-

(1) Londres, 1857, et *Arch. gén. de médecine*, 1857, t. II, p. 375.

qu'à ce jour, observée avec soin ni décrite par aucun auteur; elle nous a paru avoir la plus grande analogie avec l'hypertrophie secondaire des amygdales, signalée pour la première fois en 1862, par notre excellent ami le professeur Tanturri, de Naples (1).

Pour le col utérin, comme pour les amygdales, la lésion causée par la syphilis secondaire offre deux phases importantes à étudier. Il y a, dans ces deux cas, comme pour toutes les lésions des muqueuses qui se produisent à cette période de l'évolution syphilitique, pour nous servir de l'heureuse expression de M. Fournier, *processus hyperplasique* et *processus érosif*, et, par conséquent, deux phases à étudier, la phase d'hypertrophie et la phase d'ulcération.

Première phase. — *Phase d'hypertrophie.*

En général, vers le troisième ou le quatrième mois après l'accident primitif, on voit le col de l'utérus subir une transformation spéciale, ne pouvant, pour un œil exercé, être confondue avec une autre altération de cet organe. Il devient le siége d'une hyperémie qui se traduit par une coloration violacée, tranchant sur la couleur normale des parois du vagin. En même temps, son diamètre augmente dans des proportions relativement considérables; ce diamètre qui, à l'état normal, est en moyenne de 22 millimètres, atteint alors, dans quelques cas, jusqu'à 40 millimètres. (Nous avons pris comme base de nos recherches, le diamètre transverse.)

Un abaissement assez notable de l'utérus, dû probablement à l'augmentation du poids du col, coexiste avec l'hypertrophie. En revanche, nous n'avons jamais constaté de déviations dans les cas que nous avons observés.

Le toucher ne provoque aucune douleur, il ne donne une

(1) *Della tumefazione indolente delle tonsille nella syphilide, delle dottore Tanturri.* Napoli, 1862.

sensation de résistance au doigt qu'à une période déjà avancée de l'affection.

Seconde phase. — *Phase d'ulcération.*

Lorsque le développement hypertrophique du col est arrivé à son apogée, une légère exulcération apparaît sur les bords de l'orifice; c'est une simple desquamation épithéliale qui n'intéresse évidemment que la couche superficielle de la muqueuse puisqu'on n'observe alors ni saillies des papilles ni anfractuosités causées par une inflammation des follicules.

Cette exulcération est lisse le plus souvent, pointillée quelquefois, à peine sécrétante; sa couleur varie du rouge-brique au rouge-cerise. Elle occupe le plus ordinairement les deux lèvres du col, plus rarement une seule; dans quelques cas beaucoup plus rares, elle se prolonge dans la cavité du col et arrive jusqu'à la surface des arbres de vie.

Sur un nombre de 47 malades chez lesquelles nous avons pu observer cette lésion, nous l'avons trouvée 29 fois sur les deux lèvres et 18 fois sur une seule; dans trois cas seulement, elle s'étendait à la cavité cervicale.

En général, cette ulcération s'étend peu; elle a, au maximum, les dimensions d'une pièce de cinquante centimes; dans quelques cas cependant, elle envahit toute la surface du col; mais alors l'hypertrophie concomitante est considérable.

Cette exulcération offre la plus grande analogie d'aspect avec certaines desquamations épithéliales qu'on a confondues à tort avec des plaques muqueuses ou avec des ulcérations secondaires ordinaires et qui accompagnent l'hypertropbie spécifique des amygdales, comme l'exulcération dont nous parlons accompagne l'hypertrophie spécifique du col de l'utérus.

A sa période d'état, cette lésion présente les caractères suivants :

Le col est notablement augmenté de diamètre, les tissus ont un aspect turgide, la coloration générale est violacée. Au pourtour de l'orifice du col, et l'embrassant presque exactement,

sur une des lèvres seulement, dans quelques cas, on remarque une exulcération de couleur carminée, lisse le plus souvent, granulée quelquefois, et comme vernissée.

Lorsque l'exulcération s'étend aux deux lèvres du col, il est bien rare que l'orifice du canal cervical n'en occupe pas le centre mathématique.

L'exulcération est à peine secrétante, presque sèche, et l'orifice du col n'est jamais envahi par le bouchon gélatineux qu'on remarque dans les affections catarrhales de la cavité du col ou du corps de la matrice. Dans quelques cas rares, pourtant, cette exulcération se prolonge, comme nous l'avons dit, dans la cavité du col, à la surface des arbres de vie; mais elle présente, là aussi, le même caractère de sécheresse relative.

On remarquera (et ce point que nous avons signalé est important à noter) que cette lésion (hypertrophie et ulcération) qui affecte certainement la tunique musculeuse en même temps que la muqueuse n'a aucune action sur les papilles et sur les follicules qui ne subissent, sous son influence, aucune modification appréciable.

Dans le plus grand nombre des cas, le traitement spécifique triomphe rapidement de cette lésion.

Après deux ou trois semaines de traitement, l'hypertrophie diminue, l'exulcération devient moins étendue, puis elle disparaît, et le col ne tarde pas à reprendre son aspect normal. La durée moyenne de l'affection a été de 32 jours dans les cas que nous avons observés. Quelquefois, pourtant, malgré la médication la plus énergique, la lésion persiste pendant plusieurs mois; mais on doit remarquer que, quelle que soit sa durée, elle ne change pas de nature. On ne voit jamais une des formes classiques d'ulcérations qui ne tiennent pas à la diathèse syphilitique, succéder à l'affection spéciale que nous venons de décrire et qui conserve ses caractères pathognomoniques depuis son début jusqu'à sa disparition. Nous n'avons jamais non plus constaté de complications inflammatoires telles que métrite, péri-métrite, adéno-lymphangite, etc. En somme, cette affection ne donne lieu à aucun trouble sensible de l'appareil utéro-ovarien.

L'apparition de cette lésion spéciale a été, chez quelques-uns des malades que nous avons observées, précédée d'accès de fièvre syphilitique, parfois assez intense. Cette fièvre, dans ce cas comme dans tous ceux où nous avons eu l'occasion de l'étudier, soit dans notre service de Saint-Lazare, soit dans la clientèle privée, a été symptomatique d'une poussée syphilitique dont, dans ce cas, l'affection du col constituait la manifestation. La fièvre a joué le rôle d'une véritable fièvre d'éruption, car elle a cessé dès que l'affection a paru ; mais elle ne nous a pas paru offrir d'autres caractères particuliers.

L'hypertrophie exulcérative syphilitique du col n'est pas une affection rare. Dans le service de vénériennes qui nous est confié, nous avons eu l'occasion de l'observer sur une moitié à peu près des malades atteintes de syphilis chez lesquelles nous avons pu suivre l'évolution de la maladie pendant un certain laps de temps. M. de Fourcauld, interne à Saint-Lazare, a bien voulu prendre les observations de ces malades de mon service, ainsi que celles des cas semblables qu'il a rencontrés dans le service auquel il était attaché. Sur 97 malades atteintes de syphilis primitive ou secondaire, entrées à Saint-Lazare du mois d'août 1876 au mois de mars 1877, et qu'il a pu suivre pendant un certain temps, il a constaté 47 fois l'existence de l'hypertrophie exulcérative du col. Les observations de ces 47 malades seront publiées dans la thèse inaugurale que M. de Fourcauld doit prochainement soutenir devant la Faculté de médecine de Paris.

L'hypertrophie exulcérative syphilitique du col peut succéder plus ou moins rapidement à l'accident primitif. Dans 15 des observations prises par M. de Fourcauld, le chancre infectant n'était pas cicatrisé encore lorsque l'hypertrophie a commencé. Elle a apparu, en moyenne, le cinquantième jour après le début de l'accident primitif.

Dans trois seulement des cas observés, l'hypertrophie n'a pas été suivie d'exulcération; la guérison a été obtenue avant que l'affection ait terminé son évolution complète.

Nous avons dit, au début de cette note, que l'hypertrophie exulcérative du col avait la plus grande analogie avec l'hyper-

trophie secondaire des amygdales qu'on pourrait nommer, elle aussi, une hypertrophie exulcérative. La concomitance de ces deux lésions est remarquable. Nous l'avons notée 31 fois chez nos 47 malades.

Nous ne ferons pas le diagnostic différentiel de l'hypertrophie exulcérative syphilitique du col de l'utérus et des diverses affections avec lesquelles elle pourrait être confondue ; ce diagnostic présente, du reste, peu de difficultés, tant les caractères de la lésion qui nous occupe sont nettement tranchés. Nous renvoyons pour tout ce qui touche le diagnostic et l'anatomie pathologique à la thèse de M. de Fourcauld dans laquelle ces questions seront traitées avec le plus grand soin.

L'hypertrophie exulcérative syphilitique du col utérin est-elle contagieuse?

Malgré l'absence d'un fait précis qui nous eût permis de constater *de visu* cette contagion, soit à la suite de rapports sexuels, soit par suite d'une inoculation, nous n'hésitons pas à répondre oui.

Les expériences si connues et si concluantès de Wallace, de Vidal (de Cassis), de Waller, Rinecker, Guyenot, Gibert et Auzias Turenne ne permettent plus de mettre en doute la contagiosité des accidents secondaires, pour peu qu'ils suppurent.

Or la lésion que nous avons décrite, quoique relativement sèche, est constituée, dans sa seconde phase, par une hypertrophie et par une ulcération. Cette ulcération produit, il est vrai, une très-petite quantité de pus, mais cette petite quantité est largement suffisante pour fournir un véhicule au virus syphilitique.

On peut donc affirmer que, dès que l'ulcération a paru, la contagion peut avoir lieu.

Pendant la première phase, celle de l'hypertrophie, la possibilité de la contagion est plus douteuse, et, dans le plus grand nombre des cas, elle ne doit pas avoir lieu. Mais si l'on songe à l'hyperémie dont le col utérin est alors le siége, à cette coloration violacée qui indique une congestion si intense de la muqueuse, on comprendra combien une érosion de l'épi-

thélium de cette muqueuse doit se produire facilement pendant le coït.

Si cette érosion de l'épithélium se produit, les quelques gouttes de sang qui viennent sourdre à la surface du col fournissent un véhicule au virus et rendent la contagion possible.

Les inoculations pratiquées par Waller, par l'anonyme du Palatinat et par M. Pellizari, de Florence, ont mis hors de doute la transmissibilité de la syphilis par le sang d'un syphilitique à la période secondaire.

Comme tous les autres accidents syphilitiques (y compris le chancre infectant), l'hypertrophie exulcérative du col fournit un pus qui, inoculé à la malade qui en est atteinte, ne donne qu'un résultat négatif.

Le traitement général par le mercure est la meilleure médication à opposer à cette lésion.

Rien ne peut mieux démontrer son étiologie que l'efficacité du traitement spécifique dirigé contre elle : *Naturam morborum curationes ostendunt.*

Nous avons eu surtout recours au bichlorure d'hydrargyre, soit en pilules, associé au gluten, soit sous la forme de liqueur de Van Swieten, et, dans presque tous les cas, la guérison ne s'est pas fait attendre plus de quatre ou cinq semaines.

Le traitement local a peu d'importance et, s'il n'est pas combiné avec la médication générale, il ne donne aucun résultat. Celui qui nous a paru convenir le mieux, c'est le badigeonnage avec la teinture d'iode ou le pansement avec la poudre d'iodoforme.

Nous résumerons les points principaux de ce travail, dans les conclusions suivantes :

1° A la période secondaire de la syphilis, chez la femme, le col de l'utérus devient dans un très-grand nombre de cas (environ 48 fois sur 100) le siége d'une lésion caractérisée d'abord par de l'hypertrophie, ensuite par une exulcération.

2° Lorsque l'affection est arrivée à sa période d'état, le col est notablement augmenté de diamètre, la muqueuse est violacée, les tissus ont un aspect turgide. L'exulcération qui

occupe le plus souvent les deux lèvres (plus rarement une seule) est lisse (ou granulée dans quelques cas rares), comme vernissée. Cette exulcération suppure peu, elle est tout à fait superficielle, n'atteint ni les papilles ni les follicules; c'est une simple desquamation de l'épithélium.

3° L'hypertrophie exulcérative syphilitique du col n'est jamais compliquée de symptômes inflammatoires ni de troubles fonctionnels de l'appareil utéro-ovarien.

4° Elle apparaît, en moyenne, le cinquante-huitième jour après le début de l'accident primitif.

5° Son apparition est quelquefois précédée d'accès de fièvre syphilitique.

6° Elle coexiste fréquemment avec l'hypertrophie secondaire des amygdales avec laquelle elle offre la plus grande analogie. Cette concomitance a été observée 31 fois sur 47.

7° Cette lésion, à sa période d'état, est contagieuse.

8° Elle n'est pas inoculable à la malade qui en est atteinte.

9° Elle disparaît en quatre ou cinq semaines, sous l'influence du traitement général spécifique. Le traitement local n'a qu'une importance secondaire et n'a aucune action si la médication générale ne lui est pas associée.

DE L'AVORTEMENT

AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL (1).

Par T. Gallard.

(SUITE) (2).

Comme vous le voyez, messieurs, la présence des ecchymoses dont nous nous occupons en ce moment n'a pas pu me

---

(1) Leçons faites à l'hôpital de la Pitié et recueillies par M. Paul Richer, interne des hôpitaux.

(2) Voir les numéros de juillet, d'août et d'octobre 1877.

servir à élucider, dans ce cas particulier, la question qui m'était posée par la justice et je n'ai pas hésité à avouer l'impossibilité dans laquelle je me trouvais de reconnaître si cet avortement avait été criminel ou accidentel. Peut-être l'examen du fœtus aurait-il pu m'éclairer, dans le cas où il aurait présenté certaines lésions dont je vous parlerai dans un instant, mais vous vous rappelez que le fœtus n'a pas été retrouvé et que, par conséquent, les renseignements qu'il aurait pu nous fournir nous ont complètement fait défaut. Je vous dirai, du reste, dans un instant, que si ces renseignements sont précieux quand ils présentent un caractère positif, ils manquent souvent de valeur lorsqu'ils sont négatifs, car le fœtus peut parfaitement ne pas avoir été atteint par les instruments qui ont servi à provoquer un avortement criminel.

Il existe cependant des cas où, sans que le fœtus ait été intéressé, sans même que la matrice ait été blessée par les manœuvres abortives, on peut encore, sinon reconnaître d'une façon incontestable l'action de ces manœuvres criminelles, au moins les prévoir, avec un ensemble de présomptions telles que, si elles ne sont pas suffisantes pour rendre le crime évident à tous les yeux, elles sont au moins de nature à le faire soupçonner et à mettre la justice sur ses traces.

Un des faits les plus intéressants de ce genre que j'aie eu l'occasion d'étudier et qui offrait les questions les plus délicates à résoudre m'a été fourni par le Dr Bonneau (de Mantes) qui l'avait soumis à l'appréciation de la Société de médecine légale Je fus chargé de rédiger un rapport sur cette affaire, dont voici l'exposé tel qui résulte des pièces qui m'avaient été communiquées, au nombre de trois, savoir :

1° Rapport du Dr G..., commis par le juge de paix de Houdan, pour examiner le cadavre de la fille R...;

2° Rapports des Drs P... et G..., chargés par le même magistrat de procéder à l'autopsie de ce cadavre;

3° Rapport du Dr Bonneau, commis par le juge d'instruction, pour déterminer, d'une façon aussi rigoureuse que possible, la cause de la mort de la fille R..., d'après les renseignements contenus dans les deux précédents rapports, en rapprochant ces

renseignements de l'examen anatomique de l'utérus, conservé à cet effet.

La fille R..., âgée de 26 ans, mourait le 20 décembre 1873, après quelques jours seulement de maladie. Le certificat délivré par le médecin traitant attribuait ce décès à une bronchite aiguë; mais l'opinion publique lui assignait une autre cause, et le juge de paix chargea M. le Dr G... de procéder à l'examen du cadavre. Notre confrère, ayant reconnu les traces d'une fausse couche récente, conclut à la nécessité d'une autopsie pour déterminer rigoureusement la véritable cause de la mort. — Le Dr P... lui fut adjoint pour pratiquer cette autopsie, qui leur révéla la présence des altérations suivantes :

« L'abdomen est ballonné, tendu; sur les cuisses, à la partie antérieure et latérale, on remarque des vergetures de la peau. (Dans le précédent rapport du docteur G..., il est dit que les seins ne sont pas très-développés, qu'ils sont assez fermes, qu'une aréole peu marquée entoure les mamelons, mais on ne signale pas la présence du colostrum ou du lait.)

« Les grandes lèvres sont œdématiées, on ne remarque *aucune trace de sang sur le pénil.* L'introduction du doigt dans le vagin se fait sans obstacle et le toucher permet de reconnaître que le col est allongé, mou, déchiqueté sur les bords, assez béant pour permettre l'introduction complète du doigt.

« Une quantité notable de gaz s'échappe à l'ouverture de l'abdomen. Le péritoine présente dans toute son étendue tous les signes de l'inflammation, et une quantité notable de pus occupe toute la cavité abdominale, surtout la cavité pelvienne.

« L'utérus remonte *à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne*; il se présente sous l'aspect d'une masse noirâtre, molle, du volume d'une poire duchesse de moyenne grosseur. De gros vaisseaux sillonnent sa surface externe. La matrice, extraite de la cavité pelvienne, présente dans son diamètre antéro-postérieur, de 7 *à* 9 *centimètres*; dans son diamètre longitudinal, de 14 *à* 16 *centimètres*, et environ 9 *centimètres dans son diamètre transversal.* Le col allongé, mou, friable, est assez ouvert pour permettre au doigt d'entrer presque sans difficulté jusqu'au fond de la cavité utérine.

« *Extérieurement il n'existe aucune trace de déchirure.*

« La coupe longitudinale de cet organe montre une cavité oblongue et circulaire supérieurement. Le parenchyme présente à la coupe une épaisseur de 5 à 7 milllimètres; *aucune déchirure ni aucune érosion de la muqueuse.* La cavité est vide. A la coupe, et surtout à la réunion

du col et du corps, on découvre des abcès variant du volume d'une lentille à celui d'un grain de millet.

« Dans l'estomac, qui présente çà et là des traces d'inflammation, on ne trouve qu'un léger résidu grisâtre et peu abondant. La muqueuse ne présente aucune trace d'érosion.

« Pas de lésion de la rate et du foie.

« Épanchement séro-purulent dans les plèvres; les poumons présentent des signes de broncho-pneumonie. »

M. le Dr Bonneau ayant eu à examiner, environ 15 jours après, l'utérus, qui avait été conservé dans l'alcool, depuis le 21 décembre jusqu'au 5 janvier, complète les renseignements des premiers experts par ceux qui suivent :

« Le volume de cet utérus est considérable, les dimensions indiquées par les premiers experts étant au-dessous plutôt qu'au-dessus de la réalité; sa cavité est oblongue, la *muqueuse qui la tapisse est épaisse, ramollie, comme spongieuse.* Le col est très-engorgé, très-court et entr'ouvert; la putréfaction y est assez marquée. L'organe entier est très-épais, congestionné, offrant les signes d'un état phlegmasique très-intense; lorsqu'on le presse fortement entre les doigts, on fait dégager un *suintement de pus.*

« Ces altérations sont surtout marquées aux angles de la matrice, au point d'insertion des ligaments, mais leur summum d'intensité se trouve dans la portion cervicale, dans laquelle existent plusieurs foyers purulents très-circonscrits. »

Après avoir constaté ces différentes altérations anatomiques, M. le Dr Bonneau ajoute que les sections faites par les premiers experts sur le col, son état d'infiltration, et peut-être sa macération dans l'alcool, « *ne lui ont pas permis d'établir si cet état de phlegmasie suraiguë était le résultat d'une blessure, d'une cause traumatique.* »

Les questions qui se posaient devant la justice à l'occasion de ce fait, et dont elle demandait la solution à la science médicale, pouvaient être ainsi formulées :

1° Quelle a été la cause de la mort;

2° Cette mort a-t-elle été la suite d'un avortement ou d'un accouchement;

3° Peut-on déterminer s'il s'agissait plutôt d'un avortement ou d'un accouchement à terme ;

4° Peut-on préciser exactement combien de temps avant la mort s'est fait cet avortement ;

5° Est-il le résultat de manœuvres criminelles ;

6° Et subsidiairement. La personne qui a succombé a-t-elle reçu tous les soins que nécessitait son état et qu'on aurait dû lui donner si l'on n'avait pas tenu à cacher sa position de nouvelle accouchée, même au médecin appelé pour la traiter.

Nous allons examiner successivement chacune de ces six questions et chercher à établir, par la discussion, quelles réponses il convient de leur faire.

I. Les premiers experts avaient cru devoir attribuer la mort à des *accidents complexes*, existant à la fois et du côté du ventre et du côté de la poitrine ; mais M. Bonneau nous paraît avoir beaucoup plus scientifiquement interprété la valeur et la signification pathologique de ces lésions multiples, en montrant qu'elles sont sous la dépendance d'une seule et même maladie, et que cette maladie a son point de départ dans le système génital interne. Quant à la dénomination à donner à cette maladie, elle soulève des questions doctrinales dont la discussion ne serait pas à sa place en ce moment ; aussi n'entre-t-il pas dans mon intention de rechercher si le pus constaté par M. Bonneau, comme par ses deux confrères, dans l'épaisseur des parois utérines, était, ainsi qu'il le suppose, « infiltré entre les alvéoles du tissu conjonctif et dans les fibres musculaires constituant le parenchyme utérin. », ou s'il n'était pas plutôt accumulé dans la cavité ou au pourtour des vaisseaux lymphatiques ou veineux. Que nous importe du reste, du moment où nous savons — et cela est absolument hors de toute contestation — que la présence du pus en ces points suffit pour expliquer l'apparition et de la péritonite purulente et de la pleurésie purulente, sans qu'il soit nécessaire, comme l'a fait judicieusement remarquer M. Bonneau, d'attribuer ces altérations multiples à des affections différentes, à marche parallèle, résultant d'un état pathologique complexe.

La maladie qui donne le plus habituellement lieu à ces lésions multiples est en quelque sorte spéciale aux nouvelles accouchées, et s'il est possible de la rencontrer, exceptionnellement, dans d'autres circonstances, il est parfaitement établi qu'elle constitue, pour ainsi dire, le type des accidents puerpéraux, auxquels succombent tant de malheureuses femmes en couches. Si telle est, en effet, la nature de l'affection qui a causé la mort de la fille R..., nous allons pouvoir trouver sur son cadavre des traces évidentes d'un accouchement récent.

II. Ces traces se rencontrent en effet, d'abord extérieurement, à la vulve, dont les *grandes lèvres sont œdématiées* et ont une teinte *congestive*, dit le premier rapport; puis dans le vagin, qui est dilaté ; enfin *dans l'utérus*, dont le col est déchiré et dont tous les diamètres sont très-notablement augmentés, tant par l'agrandissement de sa cavité que par l'épaississement de ses parois. De telles modifications, survenues dans l'utérus, ne peuvent s'expliquer que par un accouchement ou un avortement récent. Ce point n'a donc aucunement besoin d'être discuté, il s'établit de lui-même de la façon la plus péremptoire, par le simple exposé des faits.

III. Ce qu'il est plus difficile de déterminer, dans l'espèce, c'est de savoir s'il s'est agi d'un *accouchement à terme ou d'un simple avortement.* — Disons tout d'abord que les dimensions mêmes de l'utérus doivent nous faire rejeter absolument l'idée d'un avortement survenu à une époque assez rapprochée de la conception. Cet utérus, qui s'élève à trois travers de doigt du pubis, qui a la forme et le volume d'une poire duchesse de moyenne dimension, qui mesure au moins 15 à 16 centimètres dans son diamètre vertical, est plus volumineux que ne le serait un utérus gravide de trois mois, contenant encore dans son intérieur le produit de la conception. Si, donc, on songe au retrait qui a dû certainement s'opérer dans les dimensions de cet utérus, depuis que le fœtus en a été expulsé, tout en tenant compte de l'arrêt notable que la présence du travail inflammatoire dont nous trouvons des traces a pu imprimer à ce

retrait, on ne peut s'empêcher d'admettre que l'utérus dont il s'agit est certainement diminué de volume depuis qu'il s'est vidé. Si faible que puisse être cette diminution, elle permet de supposer que la grossesse était assez avancée pour que, sans pouvoir préciser exactement sa date, il soit permis de dire que le produit de cette grossesse était non plus un simple embryon, mais bien un fœtus véritable. Un autre signe prouve que la grossesse était assez éloignée de son début pour que l'utérus eût déjà acquis un certain développement : ce sont *les vergetures* existant sur la partie antérieure et latérale des cuisses.

Mais, à côté de ces signes d'une grossesse avancée, il en est d'autres qui prouvent qu'elle n'avait probablement pas atteint sa dernière limite. — Ainsi, les vergetures dont il vient d'être question n'ont été remarquées qu'à la partie supérieure des cuisses, et non sur la peau même de l'abdomen, comme cela a lieu pendant les derniers mois de la gestation. — Puis, les seins ne sont pas très-développés, il n'est pas dit qu'ils contiennent du lait, et l'aréole qui entoure leur mamelon n'est pas très-marquée. *Enfin, si la vulve est dilatée, elle ne l'est que modérément et surtout elle ne présente pas de déchirures*, ce qui prouve que l'accouchement a été facile, que la tête de l'enfant n'était pas volumineuse, que, par conséquent, cet enfant ne devait pas avoir atteint son entier développement.

C'est là tout ce que nous pouvons dire, et *les bases scientifiques nous manqueraient absolument si nous voulions entreprendre d'aller plus loin.*

IV. — S'il ne nous a pas été possible de déterminer l'époque de la grossesse à laquelle s'est fait cet avortement, il nous sera tout aussi impossible d'établir depuis combien de temps il s'était effectué lorsque la mort est survenue. Évidemment il n'était *pas récent*, car on ne trouvait, ni dans le vagin, ni dans 'utérus, aucune trace de ces caillots sanguins qui y séjournent encore pendant assez longtemps après la délivrance. La cavité utérine était vide, dilatée et oblongue, et sa muqueuse, « seulement épaissie et ramollie, comme spongieuse, ne présentait

aucune érosion », *la plaie placentaire était donc déjà en voie de réparation.*

Certainement les choses n'auraient pas été dans cet état si l'accouchement ou l'avortement n'avait pas remonté à plus de quarante-huit heures, et il y a même de fortes raisons de supposer qu'il remontait à une date encore plus éloignée.

Les premiers experts ont cru pouvoir fixer cette date à trois ou quatre jours avant la mort; mais M. Bonneau trouve ce terme trop rapproché et il a probablement raison, car l'état de dilatation de l'utérus, sur lequel on s'est fondé pour adopter ce terme, n'a aucune valeur dans l'espèce.

Lorsque les choses se passent d'une façon régulière et normale, on voit l'utérus, qui a acquis pendant la grossesse un volume vingt fois supérieur à celui qu'il avait avant la conception, revenir sur lui-même pour récupérer insensiblement ses dimensions premières. Ce retrait s'opère, sinon graduellement, au moins peu à peu, et si, comme l'a fait Béhier, on suit ce retrait le cordon métrique à la main, on voit l'utérus, qui, aussitôt après l'accouchement, remontait à 15 ou 16 centimètres au-dessus du pubis, revenir sur lui-même de façon *à disparaître derrière la symphyse, en moyenne, du sixième au huitième jour après la délivrance. Tandis que du troisième au quatrième jour il fait encore saillie de* 6 *à* 8 *centimètres*, soit environ de trois travers de doigt, comme cela avait lieu chez la fille R... S'ils avaient pu se placer à ce point de vue, de suites de couches parfaitement physiologiques et régulières, les premiers experts auraient donc eu parfaitement raison d'évaluer, d'après les dimensions de l'organe utérin, l'époque de la délivrance *à trois ou quatre jours avant la mort.* Mais M. Bonneau fait remarquer, avec beaucoup de justesse, que ce travail de rétrocession de l'utérus est toujours, et presque fatalement, arrêté lorsque les suites de couches sont traversées par une maladie quelconque et plus particulièrement, comme c'était le cas ici, par une inflammation de l'utérus lui-même ou des organes qui lui sont le plus intimement unis.

Lorsqu'il en est ainsi, non-seulement on voit le retrait de l'utérus s'arrêter et l'organe conserver, plus longtemps qu'à

l'état sain, les dimensions qui lui restent par le fait de la grossesse, mais même perdre en quelque sorte ce qu'il avait gagné, de telle façon que, non-seulement il cesse de diminuer, *mais il augmente encore de volume.*

Dès lors, il n'est plus possible d'apprécier, d'après la mensuration seule de la matrice, depuis combien de temps a eu lieu la délivrance. C'est ainsi qu'il y a quelques jours, à l'autopsie d'une femme accouchée le 18 décembre et morte, le 8 janvier, d'accidents puerpéraux semblables à ceux auxquels a succombé la fille R..., j'ai trouvé, plus *de vingt jours après l'accouchement*, un utérus qui avait encore *12 centimètres de hauteur, — 4 seulement de moins que celui de la fille R...* La comparaison de ces deux faits montre combien sont justifiées les remarques de M. le docteur Bonneau, et combien nous devons être réservés lorsqu'il s'agit de chercher à détermiuer la date précise à laquelle doit être fixée l'époque de l'accouchement.

Toutefois, s'il ne nous est pas permis de préciser exactement cette date, nous pouvons cependant indiquer approximativement à quelle époque elle peut être rapportée. Ainsi, nous avons déjà établi qu'elle devrait certainement remonter à plus de deux jours, et très-probablement à plus de trois ou quatre jours avant la mort. D'un autre côté, nous venons de voir que l'utérus d'une femme morte vingt et un jours après l'accouchement et dans des conditions presque identiques, avait de 4 à 5 centimètres de moins que celui de la fille R... Nous pouvons donc en inférer que cette dernière est morte moins de vingt jours après son avortement. Combien exactement? C'est ce que nous ne saurions dire, mais *il nous semble que, en donnant à la justice ce double renseignement, plus de quatre jours, moins de vingt,* nous fournissons à ses investigations un élément assez utile pour qu'il ne doive pas être complètement dédaigné.

V. Nous lui serions certainement bien plus utiles, il faut le reconnaître, si nous pouvions répondre à la question de savoir s'il s'agit d'un avortement naturel, ou d'un avortement provoqué par des manœuvres criminelles. Mais malheureusement,

sur ce point encore, nous nous trouvons réduits à faire un aveu complet d'impuissance.

Il ne peut s'agir ici d'un avortement provoqué par des médicaments ou breuvages, dont l'action abortive est toujours contestable, et qui auraient déterminé sur la muqueuse gastro-intestinale des désordres plus intenses que la très-légère injection observée sur quelques points de la surface interne de l'estomac. Nous ne nous occuperons donc que des *manœuvres exercées directement sur l'utérus* en vue de provoquer ses contractions. Quand on se sert, pour ces manœuvres, d'une tige rigide introduite dans la cavité utérine, on peut, si l'on agit maladroitement, déterminer une perforation des parois utérines, comme cela a eu lieu dans deux faits dont les observations ont été présentées à la Société anatomique, la première par M. Hersent, en 1845, l'autre par moi, en 1856 (1). Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi, et j'ai vu nombre de femmes, qui m'ont avoué avoir été soumises à de semblables manœuvres, sans que ce terrible accident soit survenu.

Si, donc, la présence de certaines lésions, produites sur les parois de la matrice, peut être une indication précieuse pour permettre d'affirmer qu'il y a eu une action agressive tentée en vue de provoquer l'avortement, l'absence de ces lésions ne suffit pas pour établir qu'une semblable tentative n'a pas été faite.

Lorsqu'il en est ainsi, la femme ne succombant pas et refusant de dire ce qui s'est passé, l'examen de sa personne ne peut absolument pas permèttre d'établir qu'elle s'est fait volontairement avorter. Mais l'examen du fœtus, s'il est retrouvé, peut, dans certains cas, éclairer la justice, car ce fœtus présentera peut-être des traces de la violence extérieure qui a été exercée sur lui pour provoquer son expulsion hors de la matrice. Malheureusement ces indices si précieux manquent absolument eux-mêmes lorsque, au lieu d'une sonde rigide, on s'est servi d'injections intra ou extra-utérines pour solliciter les contractions qui ont déterminé l'avortement. Lorsqu'il en est

---

(1) Voir plus haut, numéro d'octobre, p. 245.

ainsi, nous ne connaissons absolument aucun indice que nous puissons recueillir, soit sur le corps de la femme, soit sur l'embryon ou le fœtus, alors même que ce dernier nous serait représenté, pour nous permettre, non-seulement d'affirmer, mais même de supposer qu'il se puisse agir d'un avortement provoqué plutôt que d'un avortement spontané, survenu sous l'influence d'une cause morbide quelconque. Il nous semble donc que ce serait aller plus loin que les données scientifiques ne permettent de le faire que de dire :

« L'étendue et la nature des désordres existant dans la matrice, le péritoine et les plèvres, me portent à penser, sans que je puisse en fournir la preuve matérielle, que l'avortement a été amené par des manœuvres directes dont les traces ont pu disparaître ou qui ont pu avoir lieu sans laisser de traces. »

Même avec la restriction qui l'accompagne, cette proposition ne doit pas être maintenue, car s'il est vrai que des manœuvres abortives puissent être exercées sur une femme, sans laisser de traces dans ses organes, et c'est ce que nous venons d'établir précédemment, il n'est pas exact de dire que ces manœuvres se puissent préjuger d'après des désordres existant dans la matrice, encore moins par ceux que l'on rencontre dans le péritoine et les plèvres. Cela est si vrai que, d'une part, ces désordres étendus se rencontrent dans le plus grand nombre des cas de métrite puerpérale avec infection purulente, tandis que la mort peut survenir à la suite de perforation de la matrice, par ces manœuvres abortives, sans que les désordres produits aient une étendue aussi considérable. C'est ainsi que chez la femme que j'ai vue mourir de perforation utérine et dont j'ai présenté la matrice à la Société anatomique en 1856, il y avait une péritonite bien moins intense qu'on aurait été tenté de le supposer, moins intense surtout que celle observée chez la fille R..., sans pus ni fausses membranes dans le péritoine. Et cependant l'utérus était largement perforé, toute sa corne droite était détruite par la gangrène; mais cette gangrène n'avait déterminé qu'une métrite de voisinage très-peu intense et très-peu étendue, de telle sorte que l'on ne rencontrait pas, dans l'épaisseur du parenchyme utérin, cette

infiltration de matière purulente qui s'observait chez la fille R...

Nous n'admettrons pas davantage que la probabilité de l'avortement provoqué se puisse déduire de « l'intensité de la gravité et de la rapidité des accidents qui ont déterminé la mort de la fille R... » comparée à « l'*innocuité presque constante des fausses couches naturelles.* » Car rien n'est moins avéré que cette inocuité des fausses couches naturelles. Chacun sait en effet que, à la suite d'un avortement, les femmes sont exposées à des accidents au moins aussi graves et aussi intenses qu'à la suite d'un accouchement à terme. C'est au point que, si nous interrogions nos impressions et nos souvenirs à cet égard, en l'absence de tout relevé rigoureux et précis, nous serions assez disposé à penser que c'est la proposition inverse qui se rapproche le plus de la vérité.

A quelque point de vue que nous examinions la question, nous ne trouvons donc ni un signe médical positif et certain, ni même une simple présomption scientifique qui puisse nous permettre d'établir que cet avortement a été provoqué par une main criminelle.

VI. Mais ce que nous ne pouvons affirmer à la Justice d'après un examen purement médical, elle peut avoir le moyen de le découvrir par une enquête. Et, en vue de cette enquête, il peut, il doit même y avoir un certain intérêt pour elle à savoir si, à la suite de son avortement, la fille R... a reçu tous les soins que nécessitait son état. C'est pourquoi nous avons cru devoir nous poser, à titre subsidiaire, la sixième question qui avait été déjà agitée par M. Bonneau. Or, il faut bien se rappeler que le cadavre de la fille R..., morte de péritonite, ne portait aucune trace d'une médication quelconque, dirigée du côté de l'abdomen, ni ventouses, ni sangsues, ni vésicatoires, ni pommades; rien, absolument rien n'avait été fait et l'on s'était bien gardé de parler de l'état de l'abdomen au médecin, dont toute l'attention avait été dirigée du côté de la poitrine, à ce point que, sur son certificat de décès, il indiquait une maladie thoracique comme cause de la mort.

Pourquoi a-t-on agi ainsi ? Pourquoi a-t-on tenu à laisser cet avortement demeurer clandestin, à ce point qu'on en a fait disparaître le produit, si, en même temps qu'il était clandestin, il n'était pas criminel ? C'est ce qu'il ne nous appartient pas de rechercher. Mais il n'est pas douteux que, pour avoir voulu cacher l'état de cette jeune fille, on l'a privée des soins que nécessitait cet état, et on l'a fait en parfaite connaissance, car la même main qui a fait disparaître son enfant, lui a donné les soins de toilette exigés par sa position de nouvelle accouchée, puisque ni ses parties génitales, ni le haut de ses cuisses ne présentaient ces macules de sang qui sont inévitables à la suite de la parturition. En cherchant la main qui l'a aidée dans ces circonstances, la justice parviendra peut-être à trouver celle qui a pu l'aider à hâter le terme de sa délivrance.

De la discussion à laquelle nous venons de nous livrer, nous tirerons les conclusions suivantes, comme réponses aux questions que nous nous étions posées en commençant cette étude :

I. La maladie à laquelle la fille R... a succombé avait son point de départ dans une inflammation des organes génitaux internes, de la nature de celles qui se produisent chez les femmes nouvellement accouchées.

II. L'état de l'utérus démontre qu'il y avait eu un accouchement ou un avortement très-récent.

III. Plusieurs signes importants permettent de penser que la grossesse n'était pas tout à fait arrivée à son terme, quoiqu'elle fût assez avancée.

IV. Il n'est pas possible de déterminer exactement depuis combien de temps cet avortement avait eu lieu. Tout ce qu'il est permis d'affirmer, c'est que, tout en remontant à plus de quarante-huit heures, il ne datait cependant que d'un petit nombre de jours.

V. Il est absolument impossible de reconnaître, dans ce cas, si l'avortement est survenu naturellement ou s'il a été provoqué par des manœuvres criminelles.

VI. La façon dont a été soignée la fille R..., démontre, à n'en pas douter, qu'on a tenu à cacher, même à son médecin, sa position de nouvelle accouchée, quoiqu'il y eût auprès d'elle quelqu'un qui ne devait pas ignorer cette position et qui lui aidait à la dissimuler.

Ces conclusions furent adoptées à l'unanimité par la Société de médecine légale, et si j'ai cru devoir vous rapporter *in-extenso* le travail qui avait pour but de les justifier, c'est moins pour vous montrer dans quels détails il importe souvent d'entrer pour élucider une question de médecine légale, que pour vous apprendre combien les moindres indices peuvent devenir précieux, pour nous permettre de résoudre les importantes questions qui peuvent nous être posées.

II. — Autopsie du fœtus. Comparaison des lésions qu'il présente avec celles qui existent sur le corps de la mère.

L'examen du cadavre du fœtus peut, je vous l'ai déjà dit, messieurs, nous fournir d'importants renseignements ; mais malheureusement cet élément précieux d'appréciation manque trop souvent à l'instruction, grâce au soin que les coupables savent prendre de faire disparaître le corps du délit. C'est là un signe assez caractéristique qui pourrait, dans une certaine mesure, aider non pas à reconnaître, mais au moins à soupçonner les avortements criminels, que cet empressement avec lequel on se hâte de cacher ou de supprimer le fœtus, empressement qui contraste d'une façon singulière avec les précautions que l'on prend pour le conserver, afin de le soumettre à l'examen médical, dans les cas d'avortement accidentel. Une sage-femme, qui se livrait à la pratique habituelle des avortements, avait trouvé l'ingénieux moyen de se débarrasser des produits de ses manœuvres criminelles, en s'entendant avec un employé des pompes funèbres, qui venait les recueillir chez elle et les faisait disparaître, en les plaçant dans le cercueil des corps qu'il était chargé d'ensevelir.

Je crois vous avoir suffisamment démontré que la présence

du fœtus n'est pas toujours indispensable pour permettre de reconnaître le crime d'avortement, et je puis ajouter que, dans bien des cas, l'examen du fœtus pourrait ne nous apporter aucun élément d'appréciation nouveau, si, comme il arrive fort souvent, il ne portait aucune trace des manœuvres qui auraient eu pour résultat de provoquer son expulsion prématurée. Il peut arriver, en effet, que la poche des eaux soit perforée par un corps étranger, introduit dans la cavité utérine, et que l'avortement soit la conséquence de cette aggression intéressant seulement les membranes de l'œuf, sans que le fœtus ait été atteint par l'agent vulnérant, — on a même vu dans certains cas, la perforation de la matrice être suivie de mort sans que l'œuf ait été lui-même atteint en aucune façon. On peut donc trouver un fœtus parfaitement sain et intact, à la suite d'un avortement criminel provoqué à l'aide de manœuvres qui ont déterminé les plus graves lésions dans les organes de la mère.

Il en résulte que l'intégrité du fœtus n'a, par elle-même, aucune valeur absolue au point de vue de la question qui nous occupe ; mais il n'en est pas de même lorsque, au lieu de cette intégrité, il présente certaines lésions qui ont, elles, une importance capitale. C'est ainsi qu'à la suite d'avortements, provoqués par l'introduction d'une tige rigide dans la cavité utérine, on trouvera sur diverses parties du fœtus, des perforations ou des piqûres, déterminées par la pointe de cette tige. — Ces perforations existent plus habituellement à la tête ; on les trouve quelquefois aussi sur le tronc. — Elles sont généralement assez profondes (de 1 à 2 centim.), d'autres fois elle ne constituent qu'une simple dépression de la peau, et s'accompagnent d'une suffusion sanguine, témoignant que la piqûre a bien été faite pendant la vie du fœtus. — D'autres fois il y a de véritables déchirements, des dilacérations plus ou moins étendues, qui, à la présence du sang extravasé, se reconnaissent comme ayant été faites pendant la vie fœtale.

Toutes ces lésions doivent être constatées avec soin et signalées dans le rapport, même dans le cas ou le fœtus serait examiné seul et sans qu'on sache quelle est la femme qui en est

avortée, car plus tard on peut retrouver cette femme et il est nécessaire que les premières enquêtes contiennent tous les détails les plus circonstanciés pour que, par la suite, l'action de la justice ne se trouve pas entravée faute de renseignements suffisants.

Ce à quoi vous devrez surtout vous attacher, lorsque vous aurez à examiner un fœtus provenant d'un avortement que l'on aura lieu de pouvoir considérer comme criminel, ce sera de chercher à déterminer l'âge de ce fœtus à partir du jour de la conception.

Je croirais sortir des limites de mon sujet si je vous énumérais ici les signes principaux qui peuvent vous aider à déterminer l'âge approximatif d'un embryon ou d'un fœtus. Vous les trouverez, du reste, dans tous les ouvrages classiques.

C'est surtout par cette détermination de l'âge du fœtus et par sa concordance avec l'époque de la grossesse à laquelle était arrivée la femme qui vient d'avorter, que l'on parvient à acquérir, sinon la preuve, au moins la présomption que c'est bien là le produit expulsé par cette femme. Ce premier point une fois acquis, il importe ensuite d'établir un rapprochement entre les lésions constatées sur la mère et sur l'enfant et de déterminer la corrélation qui peut exister entre ces lésions, afin de savoir si ces lésions ont bien été produites au même moment, sous la même influence et par le fait des mêmes manœuvres criminelles. Cela n'est pas toujours possible, mais il y a des circonstances, dans lesquelles cette corrélation peut être mise en évidence de la façon la moins contestable. C'est ce qui a eu lieu dans un des cas les plus émouvants que j'aie eu l'occasion d'observer et dont je vous ai promis de vous donner la relation détaillée.

Au mois de juin 1875, mourait d'hémorrhagie utérine, une femme qui tenait un débit de tabac et de liqueurs, et, dans l'arrière-boutique ou elle avait succombé, on trouvait une boîte d'ordures contenant un fœtus. Je fus chargé de faire l'autopsie de ces deux cadavres. En voici le résultat :

1° — *Autopsie de la femme V...* — Le cadavre est celui d'une

femme de 25 à 30 ans, forte, vigoureuse, parfaitement constituée, ayant un embonpoint moyen. La rigidité cadavérique a disparu, mais il n'y a pas encore de putréfaction. La face est remarquablement pâle, quoique non amaigrie; il n'existe extérieurement aucune trace de blessure, telle que plaie ou contusion, mais les parties génitales et la face interne des cuisses sont couvertes de larges taches de sang qui se prolongent jusqu'aux jambes et aux pieds. Un sinapisme Rigollot est collé à la face interne du mollet droit.

Les seins sont modérément distendus, leur aréole est très-foncée et, par la pression, on fait suinter quelques gouttes de colostrum.

La vulve est ouverte, béante, mais non déchirée ni excoriée. Le vagin contient des caillots sanguins, c'est de ces organes que provient le sang qui macule les cuisses et les jambes.

A l'ouverture de l'abdomen on ne trouve pas de signes de péritonite ni récente ni ancienne, pas de météorisme. La vessie est vide et rétractée derrière le pubis; l'utérus est volumineux, son fond remonte jusqu'à la moitié de la distance qui sépare l'ombilic du pubis, sa surface externe est sillonnée de larges vaisseaux veineux, gorgés de sang; il a 19 centimètres de hauteur sur 14 de largeur, extérieurement au niveau des insertions des trompes; il ne présente extérieurement du côté du péritoine aucune trace de déchirure ni même d'inflammation, mais il n'en est pas ainsi en ce qui concerne son extrémité inférieure ou vaginale et surtout sa surface interne. Du côté du vagin, l'orifice externe du col utérin est entr'ouvert mais non complètement dilaté, il ne présente extérieurement ni plaies ni déchirures; un caillot sanguin et des membranes placentaires sont engagés dans cet orifice, le caillot s'enlève facilement mais les membranes adhèrent solidement et on ne peut les détacher par une traction même énergique. En ouvrant la cavité utérine on constate que ces membranes se continuent avec un placenta mamelonné, et tellement adhérent à la face interne de l'utérus qu'on ne peut l'en séparer que par le raclage avec un instrument tranchant. Ce placenta, auquel n'adhère aucun fragment de cordon, correspond par ses dimensions à une grossesse

d'environ cinq mois. La surface interne de la cavité du corps de l'utérus, à laquelle il adhère intimement au niveau de la corne gauche, ne présente qu'une congestion modérée, sans aucune altération morbide ; mais dans la cavité du col, au-dessus de l'orifice externe, on trouve des lésions extrêmement importantes à signaler et qui ne peuvent avoir été produites que par un traumatisme, par une action aggressive exercée directement sur cette partie de la matrice.

C'est d'abord une injection extrêmement vive de toute cette partie de la muqueuse utérine, qui a pris une couleur violacée très-générale, ne disparaissant pas par le lavage. Cette coloration est rendue plus intense par la présence de larges ecchymoses, disséminées sous la muqueuse et qui sont dues à une suffusion sanguine produite pendant la vie.

C'est ensuite une plaie intéressant toute l'épaisseur de cette muqueuse ; cette plaie, large excoriation ovalaire, à grand diamètre vertical, siége vers le côté gauche et dans l'intérieur de la cavité cervico-utérine, ses dimensions sont approximativement celles d'une pièce de 1 franc.

Cette excoriation et les ecchymoses qui l'environnent ne peuvent avoir été produites que par un corps étranger introduit à travers l'orifice externe de l'utérus, jusque dans l'intérieur de la matrice.

La trace de l'action de ce corps étranger se retrouve aussi dans le vagin dont la partie supérieure, celle qui embrasse le col utérin, est tachée de nombreuses ecchymoses toutes fraîchement produites et dont les dimensions varient depuis celle d'une petite lentille jusqu'à celle d'une grosse noisette. Une seule présente un volume aussi considérable; le sang qu'elle contient est noirâtre et coagulé ; elle est de date récente et elle s'est produite sous l'influence d'un traumatisme exercé sur ce point pendant la vie.

L'extrémité inférieure du vagin n'est le siége d'aucune altération semblable. J'ai déjà dit qu'il contenait du sang coagulé et que la vulve, tout en étant ouverte, ne présentait ni écorchures, ni dilacérations.

Les ovaires sont volumineux, congestionnés mais sains, le

gauche contient un corps jaune du volume d'une cerise, tapissé d'une membrane blanchâtre et renfermant un peu de sérosité citrine.

Les poumons sont sains, bien crépitants.

Le cœur contient peu de sang; celui qui se trouve dans les grosses veines est fort peu abondant et séreux.

Le foie est gras.

L'estomac, assez dilaté, contient un liquide violacé dans lequel il est facile de reconnaître l'odeur du vin. La muqueuse gastrique est un peu congestionnée et présente, à sa face postérieure, une injection plus marquée formant une large tache de 5 centimètres sur 3, d'un rouge vif, sans ulcération.

Les intestins et les autres organes sont sains.

De tout ce qui précède, je crois devoir conclure :

I. La femme V... a succombé à une hémorrhagie causée par un avortement récent.

II. Cet avortement correspond à une grossesse qui n'était pas à terme, mais qui pouvait avoir atteint approximativement le cinquième mois depuis la conception.

III. Les lésions trouvées dans la cavité du col de l'utérus ainsi qu'à la partie supérieure du vagin démontrent que des manœuvres ont été opérées pendant la vie de cette femme pour provoquer l'expulsion prématurée du produit de sa grossesse.

2° — *Autopsie du fœtus.* — Le fœtus avait été enveloppé dans un papier jaunâtre d'emballage, qui s'était déchiré et dont les lambeaux de diverses grandeurs sont restés adhérents à sa peau. Il n'y a pas encore de putréfaction.

Ce fœtus est du sexe féminin, il pèse environ 270 à 275 gr., sa longueur totale est de 26 centimètres ; le cordon ombilical s'insère très près du pubis et à 2 centimètres au-dessous de la moitié du corps. Ce cordon a 16 centimètres de long et il est arraché à son extrêmité placentaire où il existe un lambeau de membrane de 2 centimètres de large ; les cheveux et les ongles sont à peine apparents. La face, le cou et la tête portent les traces de grandes violences ; tous les os du crâne sont fracturés,

brisés en petits morceaux et le cuir chevelu est déchiré de façon à montrer que la tête a été littéralement broyée. Aussi n'est-il pas possible de mesurer ses divers diamètres; mais, la dure-mère ayant résisté et ne présentant aucune déchirure, je puis prendre la circonférence totale du crâne, qui est de 15 centimètres, et en déduire que le diamètre moyen était de 5 centimètres environ.

La peau de la face et celle du cou sont déchirées, comme celle du crâne, et, à la réunion du cou avec la tête, au-dessous de l'apophyse mastoïde du côté gauche, la déchirure pénètre assez profondément dans le tissu sous-cutané et dans les muscles.

Le côté gauche de la face est également déchiré, les paupières sont enlevées et l'œil est, en partie, sorti de l'orbite. Il n'existe pas de lésions semblables sur le tronc, ni sur les membres.

La pulpe cérébrale est réduite en bouillie d'un gris rosé.

Les poumons ont l'aspect fœtal, toutes leurs parties plongent au fond de l'eau.

Au cœur, le trou de Botal est largement ouvert, le canal artériel est libre.

Le foie est volumineux, la vésicule biliaire est distincte mais vide.

Les intestins sont petits; il y a du méconium vers la fin de l'intestin grêle.

Pas de points d'ossification à l'extrémité inférieure du fémur. On en trouve un au centre du calcanéum.

En ce qui concerne le fœtus j'arrivais d'après ces données à conclure :

I. L'âge de ce fœtus peut être rapporté à la période comprise entre le cinquième et le sixième mois de la vie intra-utérine,

II. Il a subi des violences qui ont dû être exercées sur lui pendant l'acte même de la parturition et qui étaient de nature à causer sa mort.

III. Ces violences ont-elles eu pour but de provoquer son expulsion prématurée hors du sein de la mère?

C'est ce qu'il nous serait difficile d'établir d'une façon posi-

tive par l'examen seul de son cadavre, mais nous pouvons le déduire du rapprochement de ces lésions avec celles que nous avons trouvées sur le cadavre de la femme V...

C'est ce que je fis dans une troisième partie de mon rapport que j'intitulai :

3° — *Rapprochement des lésions constatées sur le cadavre de la femme V... et sur celui du fœtus.* — La première question que nous devons nous poser est celle de savoir si ce fœtus est bien celui dont la femme V... est accouchée peu de temps avant sa mort. Or, il a été établi précédemment : d'une part, que la grossesse de la femme V... était encore assez éloignée du terme, tout en ayant dépassé le cinquième mois et, d'autre part, que l'âge du fœtus pouvait être fixé à la période comprise entre le cinquième et le sixième mois de la gestation. Il y a donc là une concordance dont il faut tenir compte et qui, si elle n'est pas une preuve irrécusable établit au moins une forte présomption.

De plus, le cordon resté adhérent à l'ombilic du fœtus est entier et présente même à son extrémité libre un fragment de membrane indiquant qu'il a été violemment arraché de son insertion placentaire, et nous trouvons sur le cadavre de la femme un placenta adhérent dans la cavité utérine, sans aucune parcelle de cordon, et dont les membranes dilacérées sont engagées à travers l'orifice du col utérin.

Enfin la tête du fœtus présente des lésions correspondant assez exactement avec celles qui se rencontrent dans les organes génitaux de la femme V... pour qu'il soit permis de reconnaître que les unes et les autres ont été produites simultanément, par la même agression. En effet, cette tête qui avait à peine 5 centimètres de diamètre, n'a pu être broyée, comme elle l'était, par le seul fait des contractions utérines la poussant à travers les détroits d'un bassin rétréci ; d'abord parce qu'on ne trouve pas de rétrécissement aussi exagéré, puis parce que la compression exercée par les contractions utérines ne suffirait pas pour produire de pareils désordres.

Les lésions du crâne et surtout celles du cou et de la face ne

peuvent avoir été produites que par un instrument en forme de pince ou de crochet qui aurait été employé pour saisir cette tête et l'extraire de vive force. Peut-être un doigt vigoureux, terminé par un ongle dur et tranchant aurait-il pu produire ces désordres, mais cette hypothèse est peu admissible et il est infiniment plus probable que l'agent producteur des lésions dont il vient d'être parlé est un instrument en métal.

Les lésions constatées à la partie interne de la cavité du col de la matrice de la femme V... n'ont pu de leur côté être produites que par un agent agressif analogue. Par leur nature et par leur situation, elles témoignent : qu'un corps étranger a été introduit à travers l'orifice externe de l'utérus, non encore dilaté par le travail physiologique préparatoire de l'accouchement ; que ce corps étranger, quel qu'il soit, introduit dans la cavité utérine y a exercé de violentes et énergiques pressions, puisqu'il a déterminé non-seulement une vascularisation inflammatoire de tout le segment inférieur de l'utérus, mais de nombreuses ecchymoses et enfin une excoriation, une ulcération assez étendue de sa muqueuse. L'action vulnérante de ce corps étranger ne s'est pas exercée seulement dans la cavité utérine, puisqu'on en trouve des traces manifestes au fond du vagin, qui est couvert d'ecchymoses nombrenses et étendues.

Pourrait-on admettre que la pression exercée par la tête du fœtus, au moment de l'accouchement se faisant naturellement aurait pu suffire pour déterminer ces lésions de la muqueuse utérine et du vagin ? En aucune façon, et par cette raison toute simple que de semblables lésions ne se peuvent produire naturellement, physiologiquement que si l'accouchement est long et laborieux ; c'est-à-dire quand l'enfant est à terme et que sa tête a des dimensions exagérées par rapport au diamètre des voies génitales de la mère. Mais s'il en est ainsi, le col de l'utérus se déchire pour livrer passage à la tête, et la vulve, elle-même, est le siége d'excoriations, de déchirures dont les traces sont non-seulement apparentes les jours qui suivent, mais le plus habituellement persistantes et tout à fait indélébiles, Or, dans le cas actuel, le col s'était refermé aprés avoir donné passage au fœtus et il n'était nullement déchiré à son orifice; de plus,

si la partie supérieure du vagin était couverte d'ecchymoses, sa partie inférieure était intacte et la vulve, assez dilatée pour livrer passage à une tête de 5 centimètres de diamètre, n'avait certainement pas été franchie depuis peu de temps par un corps du volume d'une tête de fœtus à terme.

Nous voyons donc d'une part un fœtus qui a été arraché violemment du sein de sa mère, à l'aide des manœuvres dont sa tête, sa face et son cou portent des traces évidentes; de l'autre une femme dont les organes génitaux ont été meurtris par les manœuvres faites pour extraire, avant terme, l'enfant qu'elle portait et il nous paraît difficile de ne pas admettre que ces deux résultats ont été produits par la cause.

Il resterait à se demander si l'accouchement prématuré, ou, pour parler plus exactement, l'avortement de la femme V... ne peut pas reconnaître une autre cause que les manœuvres agressives et directes dont il vient d'être parlé et si, par exemple, il ne peut pas avoir été causé par l'ingestion de certains médicaments ou breuvages. A la rigueur, il n'est pas impossible que des tentatives n'aient été primitivement faites dans ce sens, mais outre qu'elles auraient été à peu près certainement infructueuses, rien ne montre qu'elles aient eu lieu; il y avait bien une certaine rougeur de l'estomac, mais elle pouvait bien plutôt dépendre de l'usage des boissons alcooliques auxquelles cette femme devait être adonnée, comme le prouve l'état gras de son foie, que de toute autre cause. Du reste elle a pris, pendant les derniers instants de sa vie, une assez grande quantité de vin et de spiritueux pour expliquer cette congestion. Il est vrai que ces stimulants ont pu lui être administrés dans l'intention de la ranimer pendant les défaillances qui ont précédé son dernier soupir. En tout cas, que des substances abortives lui aient été ou non administrées, ce ne sont pas ces substances qui ont causé son avortement et sa mort; l'un et l'autre sont la conséquence de manœuvres exercées directement par les voies génitales.

Le fait de l'avortement criminel, provoqué à l'aide de manœuvres exercées directement sur l'utérus et avec une brutalité

excessive, était donc parfaitement démontré. Il ne restait plus qu'à retrouver l'auteur de ces manœuvres.

Mais c'est alors que surgirent des difficultés sans nombre, résultant de la vie désordonnée que menait cette malheureuse. Un jeune étudiant en pharmacie qui était son amant, fut d'autant plus compromis qu'on le trouva nanti de nombreux agents toxiques et de travaux relatifs à l'apiol. Mais il n'était pas seul à jouir des faveurs de la femme V..., et comme sa boutique ouvrait directement sur la rue, il ne fut pas possible de savoir ni où, ni avec qui elle avait passé les deux dernières nuits qui avaient précédé sa mort. On ne put, par conséquent, déterminer à quel moment précis avaient pu être pratiquées les manœuvres abortives dont elle avait été la victime.

L'expertise médico-légale avait donné tout ce quelle pouvait en montrant la réalité du crime, en en fixant même approximativement la date, il ne lui appartenait pas d'aller plus loin.

Cet exemple, vous montre, messieurs, jusqu'à quel degré de précision, je dirai même de certitude il est possible d'arriver lorsqu'on a l'occasion de pouvoir réunir et comparer les renseignements fournis par l'examen du cadavre du fœtus en même temps que par celui de la mère.

Ce rapprochement est surtout indispensable pour permettre de résoudre une question qui ne manquera pas de vous être posée, principalement lorsque parmi les accusés se trouveront des personnes appartenant à la profession médicale. C'est de savoir si les lésions observées sur les organes génitaux d'une femme qui a succombé aux suites d'un avortement, sont bien réellement les signes d'une action criminelle, ou si elles n'ont pu que se produire d'une façon toute fortuite et spontanée, pendant le cours d'un avortement naturel, — ou bien encore, ce qui est souvent plus spécieux, si elles ne peuvent pas être la conséquence soit d'un traitement entrepris dans les conditions les plus innocentes, soit de manœuvres justifiées par la nécessité de combattre les accidents d'une fausse-couche imminente ou déjà effectuée.

Je vous ai cité un cas dans lequel les ecchymoses de la partie supérieure du vagin, à la présence desquelles il convient, je

crois, d'attacher une réelle importance, ont pu être causées tout aussi bien par le tamponnement pratiqué pour arrêter la métrorrhagie consécutive, que par les manœuvres qui auraient pu être exercées pour provoquer l'avortement, — d'où impossibilité absolue de conclure. — Mais pourquoi? parce que ces petites ecchymoses ne s'accompagnaient d'aucune autre lésion plus caractéristique. Supposez, qu'à côté d'elles, nous eussions trouvé une perforation ou même une simple piqûre de l'utérus, est-ce qu'alors nous n'aurions pas été suffisamment éclairés par l'anatomie pathologique? Il est très-vrai qu'on aurait pu encore nous dire: ces lésions sont la conséquence de l'introduction d'instruments employés inopportunément sans doute, mais sans intention criminelle et dans un but exclusivement thérapeutique. On ne saurait contester la possibilité d'un semblable accident; mais lorsqu'il se produit entre des mains honorables, ce n'est pas avec le caractère de clandestinité qui accompagne la pratique de l'avortement criminel, et si la justice intervient, elle est mise au courant de toutes les circonstances du fait dès le début de l'instruction; elle peut sans peine retrouver le fœtus, ou tout au moins apprendre de ceux qui l'ont vu, en quel état il était au moment de son expulsion. Ces conditions qui permettent d'apprécier la moralité de l'acte, mettent aussi l'expert à même de se bien rendre compte de la façon dont il s'est accompli et de reconnaître, dès le principe, la véritable valeur d'explications dont la véracité devra toujours être révoquée en doute si elles ne surgissent qu'au cours de l'instruction et à la suite de tentatives infructueuses entreprises pour essayer de dissimuler le fait même de l'avortement.

Du reste, si ces explications, qu'il ne doit jamais accepter, sans un minutieux contrôle, peuvent être quelquefois plausibles lorsqu'il s'agit d'une simple piqûre de la matrice, elles ne le sont plus lorsqu'on se trouve en face de perforations plus étendues, tant de l'utérus que du vagin. C'est en vain que l'on invoquerait alors ou une application de forceps ou le fait bien plus rare encore de la rupture spontanée de l'utérus pendant le travail. L'une et l'autre de ces explications ne seraient admissible que s'il s'agissait d'un avortement survenu, non pas même

dans les derniers mois, mais seulement dans les dernières semaines de la grossesse, et vous savez que ce n'est pas dans ces conditions que l'avortement criminel se pratique le plus habituellement. En tout cas, il est bien rare qu'une application de forceps se fasse sans témoins, et ce serait à la personne qui y aurait eu recours, d'abord de justifier sa nécessité, puis de donner des détails sur ce qui se serait passé pendant cette opération obstétricale.

Quant aux ruptures spontanées de la matrice, elles sont plus exceptionnelles encore ; elles n'ont lieu que pendant les derniers mois de la grossesse, au moment même de l'accouchement, et sont toujours expliquées par un état morbide qui met obstacle à la parturition, soit qu'il s'agisse d'une oblitération des orifices ou du vagin, soit qu'il s'agisse, ce qui est plus habituel, d'un retrécissement du bassin, causé par un vice congénital ou par une production pathologique. Nous ne saurions, en effet, considérer comme spontanées les ruptures de la matrice, qui sont la conséquence d'un traumatisme quelconque, d'un coup reçu dans cette région, et qui ne manquerait pas de déterminer d'autres lésions auxquelles il serait facile de reconnaître son action.

Un des caractères importants des ruptures spontanées de l'utérus et qui permet en quelque sorte de les distinguer sans hésitation de celles qui sont dues à des manœuvres abortives, c'est leur étendue et leur siége. Tandis que les perforations produites à l'aide d'un instrument introduit dans la cavité utérine par une main criminelle, sont généralement peu étendues et siégent presque invariablement sur le fond de l'utérus, vers une de ses cornes, ou intéressent, ce qui est plus rare, le milieu d'une de ses parois, les ruptures spontanées constituent de vastes déchirements qui siégent soit au niveau des insertions vaginales, soit le long de l'un des bords, depuis l'insertion du vagin jusqu'à celle de la trompe correspondante, soit sur le fond, mais en occupant presque tout l'intervalle compris entre les deux insertions des trompes. Ces déchirures ne sont pas arrondies comme les perforations traumatiques, et leurs bords sont toujours frangés et irréguliers.

Enfin, circonstance importante à noter, ces déchirures constituent un accident fortuit dont l'apparition peut être facilement remarquée pendant le cours du travail, et souvent le fœtus, au lieu de continuer son mouvement de progression vers l'extérieur, est brusquement arrêté et remonte même jusque dans la cavité péritonéale, où il se retrouve encore au moment de l'autopsie. En tout cas, qu'il soit expulsé ou non, on ne le fait pas disparaître, et sa présence, aussi bien après les accouchements laborieux ayant nécessité une application de forceps, qu'après les ruptures spontanées de l'utérus, vient faciliter singulièrement le travail de l'expert.

Dans quelques-uns des faits dont je vous ai donné la relation, vous avez vu que la déchirure utérine s'accompagne de lésions analogues du côté du vagin. C'est pour se bien rendre compte de la façon dont ont pu se produire ces dilacérations du vagin, qu'il est surtout indispensable de pouvoir examiner le cadavre du fœtus. On sait, en effet, que pendant le travail naturel de l'accouchement, il peut arriver, et il arrive souvent que les parois vaginales comprimées par la tête trop volumineuse et qui reste trop longtemps au passage, ou se déchirent, ou sont le siége d'eschares grangréneuses qui se détachent plus tard. C'est ainsi que se forment la plupart des fistules vésico-vaginales, dont vous avez pu observer d'assez fréquents exemples dans les services de chirurgie, — mais n'oubliez pas, messieurs, que ces altérations ne peuvent s'expliquer que par une compression énergique plus ou moins prolongée. Or, si le fœtus n'est pas à terme, si la tête est peu volumineuse, si elle a pu franchir la vulve sans la déchirer ou la dilater outre mesure, à moins qu'il n'y ait un rétrécissement du bassin, il ne sera pas possible que la compression indispensable ait eu lieu. Si donc, dans ces conditions, on trouve le vagin déchiré, comprimé, gangréné, perforé, comme cela avait lieu dans deux des cas que je vous ai cités, il faudra de toute nécessité conclure que ces lésions ne se sont pas produites spontanément pendant le travail, qu'elles sont la conséquence d'une manœuvre quelconque, de l'application des instruments employés pour pratiquer l'avortement.

(A suivre).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES HÉMATOCÈLES PÉRI-UTÉRINES ET NOTAMMENT DE L'HÉMATOCÈLE PAR NÉO-MEMBRANES PELVIENNES. — DE LA PACHYPÉRITONITE HÉMORRHAGIQUE.

Par le Dr Jules Besnier.

(Suite et fin.) (1)

IV

Au point de vue des *Symptômes*, lorsqu'on considère les hématocèles communes comme des pelvi-péritonites devenues hémorrhagiques, rien de plus simple que de comprendre que ces affections puissent débuter par des péritonites variables dans leur intensité, s'accompagner de suppressions menstruelles ou, au contraire, de ménorrhagies ou de pertes, et avoir enfin tantôt une marche graduellement progressive et tantôt une marche par saccades.

Nous avons insisté sur ce côté de la question, précédemment, nous n'y reviendrons pas.

Mais à propos des métrorrhagies, il n'est pas sans intérêt de signaler ce fait, relaté par Bernutz et dont il ne peut rendre compte d'après sa théorie, à savoir qu'il ne connaît aucune observation d'hématocèle s'étant montrée dans le cours d'une métrorrhagie symptomatique d'un cancer des organes génitaux, et qu'il n'a observé qu'un seul exemple d'hématocèle survenue pendant la durée d'une métrorrhagie symptomatique d'un corps fibreux. « Cette sorte d'immunité, ajoute-t-il, que présentent les ménorrhagies si nombreuses et si abondantes, auxquelles donnent également lieu les cancers et les corps

(1) Voir les numéros de juin, août et octobre 1877.

fibreux, me paraît actuellement inexplicable... » (1). Dans la théorie que nous soutenons, il n'en est pas de même. Les métrorrhagies, comme les suppressions de règles, ne sont que des symptômes accessoires, et qui n'ont rien à voir avec l'épanchement sanguin intra-péritonéal; peu importe donc qu'elles soient fréquentes ou rares, abondantes ou non. Bien plus, il est facile d'expliquer l'immunité en question ; il est en effet rationnel de l'attribuer à ce que la formation de l'hématocèle par l'intermédiaire de néo-membranes pelviennes suppose une inflammation franche de la séreuse péritonéale, et non une inflammation dépendant d'une affection cancéreuse ou d'une nature spéciale du petit bassin. Ce qui prouve bien qu'il en est ainsi, c'est que le cancer et les autres productions hétéromorphes du testicule ou des bourses ne s'accompagnent pas d'une hématocèle de la tunique vaginale, ou du moins d'une tumeur sanguine, comparable à celle qu'on observe dans l'hématocèle vraie chez la femme.

Parmi les symptômes des hématocèles communes, les variations de volume et de siége, et le défaut de fluctuation, que peuvent affecter ces affections, méritent encore de nous arrêter.

En ce qui concerne les premiers, on sait que les hématocèles intra-péritonéales peuvent occuper non-seulement le cul-de-sac rétro-utérin, mais encore prédominer sensiblement d'un côté ou d'un autre, et que même elles occupent parfois les culs-de-sac latéraux ou le cul-de-sac antérieur, soit isolément, soit simultanément. Ces variations s'expliquent malaisément dans les théories anciennes, car on ne voit pas pourquoi le sang tombant toujours du même point, le pavillon de la trompe, ou l'ovaire, ne gagne pas toujours le cul-de-sac rétro-utérin, qui est la partie la plus déclive de la cavité péritonéale, alors qu'il n'existerait, d'après ces théories, aucune inflammation préalable, aucune adhérence péritonéale qui puisse s'y opposer. La préexistence d'une pelvi-péritonite à la formation de l'hématocèle ou plutôt de la tumeur hématique, rend au con-

(1) Bernutz. Art. *Hématocèle*, *loc. cit.*, p. 316.

traire parfaitement compte de ces particularités, puisque l'inflammation peut occuper indistinctement toutes les parties avoisinant l'utérus et s'y limiter, en déterminant des adhérences, qui, à leur tour, détermineront le siége qu'occupera l'hématome.

Il est un passage des Cliniques de Trousseau, qui vient trop à l'appui de notre manière de voir, pour que nous ne le citions pas. Après avoir signalé les irrégularités de volume d'un côté à l'autre, que présente la tumeur hématique, et avoir émis cette hypothèse qu'on pourrait peut-être les expliquer, en admettant que l'hémorrhagie a eu lieu dans le décubitus latéral, l'éminent professeur ajoute : « Il est encore une autre raison des différences latérales de volume de l'hématocèle rétro-utérine : en effet, les inflammations des annexes de l'utérus sont fréquentes ; si ces inflammations, qui toujours laissent des *adhérences péritonéales*, ont été la cause de cloisonnements incomplets, on comprend que, en ces circonstances, si une hémorrhagie a sa source du même côté, elle puisse être circonscrite de ce côté, et qu'une petite quantité de sang seulement ait obéi aux lois de la pesanteur, pour gagner les parties les plus déclives. Ainsi, poursuit-il, vous pourriez vous rendre compte de ces différences de volume de la tumeur, avec prédominance d'un côté, surtout chez les femmes dont *les règles* ou les accouchements ont été accompagnés ou suivis d'accidents de pelvi-péritonite, accidents si fréquents » (1). On le voit, Trousseau admet comme nous la préexistence, dans certains cas d'hématocèle, d'adhérences péritonéales, suite de pelvi-péritonites antérieures ; mais pour lui, leur rôle se borne à limiter l'épanchement sanguin, tandis que pour nous, elles sont de plus l'origine même de l'hémorrhagie.

De ce qui précède, on peut inférer que, lorsqu'on rencontrera une hématocèle caractérisée par une tumeur prédominant sensiblement d'un côté sur l'autre, ou bien occupant la partie antérieure ou les parties latérales de l'utérus, on aura affaire plutôt

(1) Trousseau. *Clinique médicale*, 2e édit., p. 606.

à une hématocèle par néo-membranes pelviennes qu'à toute autre espèce.

Quant au défaut de fluctuation, il n'est pas rare de le constater dans les hématocèles intra-péritonéales, peu de temps après le début, ou plutôt à la suite d'une recrudescence de l'affection. Dans les théories diverses que nous avons examinées, on attribue ce phénomène à la coagulation plus ou moins rapide du sang épanché ; et cependant celui-ci, lorsque la tumeur s'ouvre à l'extérieur ou est ponctionnée, est généralement épais, visqueux et a par là même peu de tendance à se coaguler. Dans la théorie que nous défendons, cette nouvelle hypothèse, très-plausible d'ailleurs, et justifiée dans certains cas, n'est pas nécessaire. On conçoit en effet, comme nous l'avons déjà dit à propos de notre observation, que la pelvi-péritonite, par les adhérences péritonéales qu'elle comporte, donne lieu à une cavité virtuelle, close de toutes parts, dans laquelle le sang à peine épanché et resté liquide, est soumis de prime abord à une tension exagérée, qui donne à la tumeur soit cette rénitence particulière qu'elle offre habituellement, et qui n'est pas la fluctuation franche; soit même une résistance absolue comme cela a eu lieu chez notre malade. Cette tension vient-elle à manquer par suite du peu d'abondance du sang, ou par suite de sa résorption, on pourra observer la fluctuation ou la rénitence, qui elle-même pourra disparaître sous l'influence d'un nouveau raptus sanguin; ultérieurement, le dépôt de néo-membranes nouvelles, provenant encore de la péritonite, pourra donner à la tumeur hématique une consistance particulière, qui peut lui faire simuler un corps fibreux, comme on en a signalé quelques exemples.

Au point de vue du *Diagnostic*, il est reconnu que dans bien des cas, le diagnostic différentiel des hématocèles communes d'avec la pelvi-péritonite ordinaire, est entouré de difficultés pour ainsi dire insurmontables. C'est, notamment, lorsque les caractères propres de la tumeur rétro-utérine sont tels, qu'ils ne permettent pas de dire si elle est hématique ou non, car alors le diagnostic ne peut reposer que sur les renseignements fournis par la malade ou son entourage sur de début de l'af-

fection, et généralement ces renseignements sont loin d'être précis.

Dans les théories qui supposent que, dans l'hématocèle, il y a toujours péritonite par hémorrhagie, ces difficultés ne peuvent s'expliquer, puisque la péritonite par hémorrhagie a pour caractère différentiel de la pelvi-péritonite menstruelle, et à plus forte raison des pelvi-péritonites intermenstruelles, un début instantané et un accroissement très-rapide, comme nous l'avons vu précédemment. Il est des plus faciles, au contraire, de s'en rendre compte, lorsqu'on admet avec nous que l'hématocèle n'est qu'une pelvi-péritonite, qui devient hémorrhagique, et ne le devient même que secondairement. On comprend dès lors ces divergences qui se voient souvent, au sujet de la même malade, lorsque la tumeur ne s'ouvre pas à l'extérieur, divergences qui n'ont pas été sans nous étonner. Nous voulons parler de ces cas, qui ne sont pas rares même dans les hôpitaux, et qui sont considérés par l'un comme des pelvi-péritonites, et par l'autre comme des hématocèles. N'est-il pas vraisemblable que, dans ces cas, on a raison de part et d'autre, et qu'il s'agit d'hématocèles par néo-membranes pelviennes, de pachy-péritonites hémorrhagiques ? (1).

---

(1) On trouvera un exemple frappant de ces cas difficiles à interpréter dans une des leçons de la Clinique du professeur Gosselin, qui a pour titre : « Hématocèle rétro-utérine avec pelvi-péritonite. — Menstruation abondante. Apparition brusque de douleurs et de gonflement hypogastrique et de fièvre après les règles. *Examen de la malade au vingt et unième jour seulement.* Tumeur pelvienne et hypogastrique. Raisons pour croire à une hématocèle avec pelvi-péritonite fébrile, fausses membranes et coagulation du sang dans la poche. » Ce titre résume toute l'histoire de la malade dont il est ici question, comme il résume du reste, à peu de choses près, l'histoire des vingt et un cas de la Clinique des maladies des femmes, auxquels nous avons fait allusion, ainsi que celle de notre seconde malade. Le savant professeur insiste à cette occasion sur l'importance qu'il faut attacher aux fausses membranes dans les hématocèles, tout en les regardant comme consécutives à l'épanchement sanguin. Il cite également un second fait qu'il avait observé antérieurement à l'hôpital Cochin dans le service de Beau ; où il s'agit d'une malade qui présentait des accidents utérins *depuis deux mois*, accidents caractérisés surtout par de la fièvre, des douleurs vives, des troubles digestifs et de l'aménorrhée ; et sur laquelle il constata à la région hypogastrique, une tumeur dure correspondant avec une tumeur analogue de l'excavation pelvienne, et qui était « une *hématocèle avec*

Dans d'autres cas, l'ouverture de la tumeur ou d'une tumeur sur la nature de laquelle on restait indécis, vient démontrer qu'il s'agit bien d'une hématocèle, alors que le début, les symptômes, la marche de l'affection plaidaient en faveur d'une pelvi-péritonite. Dans ce second ordre de faits, est-il rationnel de renoncer à ce dernier diagnostic, lorsqu'il est légitimement déduit des symptômes antérieurs, et cela pour rattacher le fait à l'une ou à l'autre des anciennes théories, ou des anciennes hypothèses? N'est-ce pas lâcher la proie pour l'ombre? D'autre part, faut-il subordonner son diagnostic exclusivement à un fait aussi éventuel que l'ouverture de la tumeur à l'extérieur, à un fait que l'on peut faire naître à volonté par une ponction exploratrice (ce que nous sommes loin de conseiller du reste), de sorte que la veille on a affaire à une pelvi-péritonite et le lendemain à une hématocèle, c'est-à-dire, d'après les théories en faveur, à une hémorrhagie par diapédèse de la muqueuse tubo-utérine ou à une ponte extra-utérine? Evidemment non. Sans doute on peut suspendre son jugement dans ces cas douteux. Mais si cette manière de procéder est une nécessité qui s'impose parfois dans certaines maladies, notamment dans les maladies aiguës; elle n'est, dans les affections dont il s'agit ici, qu'une défaite qui se renouvelle chaque jour, pendant des semaines et des mois. Et pour peu qu'un ou plusieurs de ces cas se joignent à un autre, ces faits ne deviennent-ils pas un réel embarras pour le médecin appelé à se prononcer? Et dès lors n'est-on pas entraîné à dire, comme cela se répète souvent, qu'on est bien peu avancé dans l'étude des affections utérines et péri-utérines?

En nous plaçant enfin au point de vue des *Terminaisons* de l'hématocèle et à celui de son *Traitement*, avons-nous besoin d'ajouter que, d'une part, la résolution de l'affection ou la sortie à l'extérieur d'un mélange de pus et de sang, qu'on observe dans certains faits; et que, d'autre part, le mode de traitement,

---

caillots sanguins et kyste néo-membraneux épais », ainsi que l'autopsie permit de s'en assurer à quelque temps de là. (Gosselin, *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité*, p. 513.)

suivi actuellement et qui, dans la grande majorité des cas, n'est autre que celui de la pelvi-péritonite ordinaire, tendent également à prouver que l'hématocèle commune et la pelvi-péritonite ne sont pas seulemeut *deux affections sœurs*, comme le dit Bernutz, mais bien une seule et même affection, présentant une évolution différente, suivant les circonstances qui ont présidé à son développement.

V

En raison des controverses qui de tout temps se sont élevées sur la pathogénie des hématocèles, nous avons dû développer longuement les raisons qui militent en faveur de l'interprétation que nous soutenons à l'égard des hématocèles communes et à terminaison favorable. Mais, pour notre part, soit que nous l'examinions en elle-même, soit que nous l'opposions aux anciennes théories, cette interprétation nous paraît d'une telle simplicité et tellement concorder avec les faits cliniques, que nous nous sommes demandé comment il se fait qu'elle ait été jusqu'ici méconnue, ou, si l'on veut, comment il se fait que la théorie de Virchow ait été si mal accueillie à son apparition et soit encore si discréditée qu'elle l'est aujourd'hui. Ce fait est d'autant plus frappant que les théories émises sur la question dès l'origine sont plus nombreuses, et que, si la plupart n'ont pas été reçues avec faveur, du moins elles ont été tour à tour discutées. La théorie de Virchow seule s'est fait attendre, et, comme nous l'avons vu, elle est passée sous silence, ou à peine est-elle signalée dans les articles ou les ouvrages les plus récents et les plus estimés sur la matière.

Différentes raisons peuvent être invoquées pour expliquer cette anomalie. C'est d'abord la rareté des hématocèles en général, rareté qui fait que ces affections, même celles qui sont les plus fréquentes, ne se présentent que de loin en loin à l'étude de chacun. En second lieu, ce sont les conditions d'observation, dans lesquelles on se trouve vis-à-vis d'elles, conditions sur lesquelles nous avons insisté, et qui sont tellement défectueu-

ses, que, pour peu qu'on soit inféodé à une théorie, on interprète pour ainsi dire chaque fait en faveur de cette théorie. Enfin on peut aussi invoquer, et c'est là pour nous la principale raison, le courant d'idées qui a présidé à l'étude de ce genre d'affections. Un mot sur l'*historique* de la question expliquera notre pensée et viendra comme apporter une dernière preuve en faveur de notre manière de voir.

La première observation d'hématocèle qui ait fourni quelque notion sur la manière dont ces affections peuvent se former, est un cas d'hématocèle survenue à la suite d'un obstacle mécanique, ayant amené une rétention menstruelle avec reflux du sang par les trompes dans le péritoine. Jusque-là les quelques faits cités, tels que les deux qui sont insérés dans le remarquable mémoire d'H. Bourdon, sur les *Tumeurs fluctuantes du petit bassin*, n'avaient donné lieu à aucune vue d'ensemble au point de vue pathogénique, pour les faits à venir.

Il n'en fut pas de même de l'observation dont nous parlons, Bernutz, à qui elle est due, en fit le sujet d'un premier mémoire très-intéressant, qui contenait toute la théorie, qu'il développa plus tard. C'était en 1848; à cette époque les hématocèles péri-utérines étaient à peine signalées à l'attention; elles n'étaient même pas dénommées, car ce n'est qu'en 1860 que Nélaton les désigna dans ses *Leçons cliniques* sous le nom qui leur est resté. A cette époque encore, le professeur Gosselin n'avait pas publié son travail sur l'hématocèle de la tunique vaginale et la pachyméningite hémorrhagique était une nouveauté; enfin les pelvi-péritonites elles-mêmes n'étaient pas soupçonnées, confondues qu'elles étaient avec les abcès phlegmoneux péri-utérins. Aussi, la théorie de Bernutz, établie sur un fait anatomo-pathologique incontestable, et donnant ainsi, preuves en mains, le mécanisme d'affections mal connues, ne pouvait manquer de faire une impression profonde et durable, et d'entraîner les observateurs dans la même voie. C'est ce qui est arrivé.

Il est vrai que le reflux du sang par les trompes ne tarda pas à être contesté et qu'à mesure que les faits se multiplièrent, on lui opposa, comme cause de l'épanchement sanguin, suc-

cessivement : l'ovulation spontanée (Nélaton), la congestion exagérée de l'ovaire (Laugier), la congestion exagérée de l'ovaire avec distention et éraillure de la trompe (Voisin), l'apoplexie ovarienne (Scanzoni, Puech), la grossesse extra-utérine (Gallard), la rupture des veines tubo-ovariennes (Richet, Devalz), l'exsudation sanguine aiguë du péritoine non enflammé (cas de Tardieu), l'hémorrhagie de la muqueuse tubaire (Trousseau, Fenerlz). Mais dans toutes ces différentes théories, dont quelques-unes avaient pour point de départ des faits anatomo-pathologiques, aussi incontestables que celui qui était invoqué pour la première ; il était admis, et il ne pouvait pas en être autrement, que dans l'hématocèle, la péritonite concomitante de l'épanchement sanguin était toujours secondaire et provoquée par l'irruption du sang dans la cavité péritonéale.

Ces théories s'étaient succédé de 1848 à 1858 ; en 1860, alors qu'il était reconnu que la plupart ne pouvaient s'appliquer qu'à des faits exceptionnels et à terminaison fatale, ou ne reposaient que sur des données incertaines, Bernutz et Goupil, dans la *Clinique des maladies des femmes*, reprenant la théorie du reflux, et l'étendant à de nombreuses observations d'hématocèles à terminaison favorable qu'ils interprètent en sa faveur, impriment une impulsion plus forte que jamais au courant d'idées, qui régnait en ce qui concerne la péritonite concomitante de la tumeur hématique. Il semble même que l'ordre des matières qu'ils suivent dans leur ouvrage ne soit que l'écho amplifié du premier fait d'hématocèle que Bernutz avait observé. Ils étudient en effet successivement les accidents produits par la rétention du flux menstruel, les hématocèles et leurs diverses variétés, les pelvi-péritonites, les déviations utérines ; et ils sont tellement sous cette impression que les premières affections engendrent les secondes, celles-ci les troisièmes, qu'à propos de ces dernières, les pelvi-péritonites, qu'ils ont pour ainsi dire créées, et qu'à propos des adhérences péritonéales qu'elles déterminent et sur lesquelles ils donnent tant d'apeçus nouveaux, ils ne discutent pas, que je sache, la possibilité de la formation des hématocèles par leur intermédiaire. Or, s'il est un fait acquis, c'est que la Clinique des maladies des femmes, œuvre considé-

rable, a fait faire d'énormes progrès à l'étude des affections qu'elle embrasse, et qu'elle a eu la plus grande influence sur la manière dont elles sont comprises aujourd'hui.

Dans de telles conditions, la théorie de Virchow, qui, en ayant pour point de départ la préexistence de la péritonite à la tumeur hématique, était en opposition avec toutes celles qui l'avaient précédée, ne pouvait naître en France. Et même, née à l'étranger, à une époque (1862) où l'on faisait le plus grand cas de toutes les conceptions allemandes, elle ne pouvait recevoir un accueil favorable. D'ailleurs Freder, en voulant la généraliser, lui avait porté un coup fatal; trop de faits anatomo-pathologiques plaidaient contre elle; vainement peu après (1865) Virchow lui apportait l'appui de son nom; il était trop tard, la cause était entendue. Jugée ainsi sommairement, la rareté des hématocèles et les conditions défectueuses dont nous avons parlé aidant, elle est restée dans l'oubli et le discrédit.

Pour nous, si nous étendons cette théorie à la plupart des hématocèles communes et à terminaison favorable, et si nous lui accordons ainsi une grande importance, au point de vue de la pathogénie de ces affections; nous nous sommes efforcé en même temps, non de la généraliser *a priori*, mais de délimiter le groupe de faits auxquels elle s'adresse, et qui ne comprend, nous le répétons afin qu'il n'y ait pas de malentendu, que les hématocèles qui débutent par une péritonite pelvienne bénigne ou modérée à son apparition, et dans lesquelles la tumeur hématique n'est constatée que tardivement. Il est vrai que nous revendiquons pour elle la meilleure part, nous voulons dire les faits les plus nombreux; ceux qui diffèrent des précédents et rentrent dans les anciennes théories, étant relativement très-rares.

D'un autre côté, en montrant que ces mêmes hématocèles ne sont que des pelvi-péritonites anciennes ou récentes devenues secondairement hémorrhagiques, c'est-à-dire des pachy-péritonites hémorrhagiques, nous n'avons fait pour ainsi dire que mettre à profit les acquisitions qui ont été réalisées dans l'étude des péritonites et des pelvi-péritonites, et auxquelles ont tant

contribué les travaux de Bernutz et Goupil. Aussi cette manière de comprendre les hématocèles communes n'est-elle dans une certaine limite que le corollaire de ces acquisitions, et à ce titre seul elle se recommanderait à l'attention, si elle ne rendait compte, comme nous avons cherché à l'établir, de nombre de faits, qui, lorsqu'on s'en tient aux anciennes théories, restent inexplicables, ou ne s'expliquent qu'à l'aide d'hypothèses plus contestables les unes que les autres.

APPENDICE

OBSERVATIONS ET CONCLUSIONS

A l'appui des considérations que nous avons développées dans le cours de ce travail, nous citerons d'abord notre seconde observation personnelle. Nous n'hésitons pas à reconnaître que cette observation est moins probante pour nous-même que la première, en ce sens que nous n'avons vu le malade qu'accidentellement en consultation avec le Dr Noblet, et alors que la tumeur hématique avait acquis un volume considérable; et de plus en ce sens qu'il y a eu résolution et non ouverture de cette tumeur à l'extérieur. Mais les renseignements, fournis sur le début des accidents par notre distingué confrère, ne laissent pas de doute sur la manière dont ils se sont développés; quant à la nature hématique de la tumeur, à moins de ne considérer comme hématocèles que les cas qui se terminent pas la mort ou s'ouvrent à l'extérieur, elle nous paraît aussi incontestable que dans le premier fait que nous avons cité.

Nous ferons suivre cette observation de trois autres empruntées à la *Clinique des maladies des femmes*, et choisies parmi les vingt et un cas auxquels nous avons fait allusion. La plupart de ces vingt et un cas sont pour nous des hématocèles par néomembranes pelviennes, c'est-à-dire des pachy-péritonites hémorrhagiques, tantôt primitives, menstruelles, ou inter-

menstruelles; et tantôt secondaires et symptomatiques de couches ou de fausses couches; les unes subaiguës et à évolution rapide, les autres chroniques, à recrudescences multiples et à évolution lente. On conçoit que nous ne les reproduisions pas ici et que nous renvoyions à l'ouvrage même qui les contient et qui est entre toutes les mains. Lorsqu'on se rappellera que ces observations ont été rassemblées et analysées à une époque où, comme nous venons de le voir, non-seulement la théorie de Virchow n'était pas connue, mais encore où l'étude des pelvi-péritonites était tout à faire; on ne s'étonnera pas outre mesure que l'interprétation qu'on leur a donnée alors soit différente de celle que nous croyons être en droit de leur donner aujourd'hui.

Les trois observations que nous résumons ici sont insérées dans le corps de l'ouvrage et commentées, ce qui permettra de les juger en toute connaissance de cause; mais nous devons faire remarquer que parmi celles qui sont en note, il en est plusieurs qui sont encore plus probantes en faveur de notre manière de voir; c'est d'ailleurs parmi ces dernières que se trouve celle à laquelle fait allusion Bernutz dans son article *Hématocèles* du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Dans la première de celles que nous résumons, la pachy-péritonite hémorrhagique présente une évolution lente; dans la seconde elle a, au contraire, une évolution rapide; la troisième est un de ces faits d'hématocèles intermenstruelles si embarassants pour les théories anciennes.

Nous terminerons par un quatrieme fait emprunté encore à la Clinique des maladies des femmes, mais au *Livre des pelvi-péritonites* et qui nous paraît devoir être interprétée dans le sens d'une pachy-péritonite hémorrhagique, bien que l'épisode relatif à l'hématocèle ne soit pas signalé, dans les commentaires dont est suivie l'observation. Ce fait est d'autant plus intéressant qu'il contient, comme le premier que nous avons cité, l'histoire de la pelvi-péritonite initiale, celle de la tumeur hématique et de son ouverture à l'extérieur, et de plus le résultat nécroscopique; car la mort ayant été amenée plus tard par une maladie intercurrente, l'autopsie a permis de constater l'exi-

stence d'adhérences péritonéales anciennes, de telle sorte qu'il est aussi complet qu'on peut le désirer.

Obs. II. — *Hématocèle par néo-membranes pelviennes ou pachy-péritonite hémorrhagique, secondaire et à évolution rapide. — « Métrorrhagie et fausse couche de six semaines. Pelvi-péritonite. Hématocèle constatée trois semaines après le début de la péritonite. Terminaison par la résolution. »*

Mme X... me fait demander, le 14 septembre 1876, en consultation avec le Dr Noblet, pour une tumeur du bas-ventre, dont elle souffre depuis plusieurs semaines.

Les renseignements suivants sur les antécédents de la malade nous sont fournis par écrit par le mari, homme très-soigneux et très-intelligent. Mme X... est âgée de 36 ans, a été réglée à 15 ans, mariée à 29, et est accouchée un an après sans accident. Après son accouchement, ses règles sont redevenues ce qu'elles étaient auparavant, régulières, avec un ou deux jours d'avance, peu douloureuses, et d'une abondance moyenne. En 1872, des pertes blanches se montrèrent sans cause appréciable, et elle fut plusieurs fois cautérisée au nitrate d'argent. En 1874, à la suite d'un retard d'une quinzaine de jours, elle dut garder le lit pendant plusieurs semaines et elle fut traitée pour une pelvi-péritonite, dont elle se rétablit complètement. Depuis, sa santé était restée bonne, et ses règles étaient revenues à leur époque normale, sans être ni exagérées, ni diminuées, lorsqu'au mois de juillet 1876 elle a été prise des accidents dont elle souffre actuellement.

Les règles qui devaient revenir le 13 juillet ont fait défaut, et la malade s'est crue enceinte. Mais le 26 du même mois, apparaît un léger écoulement sanguin, pour lequel le Dr Noblet appelé immédiatement lui fit garder le lit; mais la perte n'en continua pas moins, tout en restant peu abondante. Douze jours après surviennent des garde-robes très-fréquentes (20 à 25 dans les vingt-quatre heures), contenant des glaires et du sang; il y a de la fièvre, du ténesme; la perte utéro-vaginale devient plus abondante et s'accompagne de quelques caillots sanguins. Après quelques jours, sous l'influence des opiacés, la diarrhée dysentériforme s'arrête, mais la perte continue avec les mêmes caractères.

Le 20 août, c'est-à-dire trois semaines environ après l'apparition de cette perte, *un caillot* plus volumineux que les autres et qui pour cela attire l'attention du mari, est rejeté et mis de côté dans de l'alcool. Ce caillot contenait à son centre une masse charnue, dont l'examen, fait par le Dr Hirtz, qui était venu voir la malade sur

ces entrefaites, et par le Dr Noblet, fit conclure à une fausse couche qui venait de se terminer ; opinion à laquelle ce dernier se rattache encore aujourd'hui, au moment de notre consultation.

L'écoulement vaginal continua, mais prit une coloration moins rouge et devint fétide. Peu de jours après, la fièvre se montra plus forte, le ventre devint volumineux, et le Dr Noblet constatait la présence d'une tumeur, siégeant dans le côté gauche du bas-ventre, et qu'il retrouva également par le toucher vaginal dans le cul-de-sac vaginal gauche. Cette tumeur était douloureuse à la pression, non fluctuante, et se prolongeait du côté du ligament large, sans atteindre cependant la fosse iliaque; en bas, elle était surtout saillante dans le cul-de-sac latéral gauche du vagin. Elle alla en augmentant peu à peu de volume; la perte sanguine continua, mais se transforma en un suintement peu abondant et sans odeur; la fièvre persista également, mais resta modérée.

Les douleurs abdominales, loin de céder au traitement (repo absolu, cataplasmes laudanisés, potions morphinées), augmentèrent présentant de temps à autre des exacerbations violentes, qui se montraient sans cause appréciable, et paraissaient dues à une augmentation sensible de la tumeur. Ces exacerbations furent surtout marquées vers le 12 septembre et déterminèrent la malade à me faire demander.

Le 14. Environ six semaines après la première apparition de la perte sanguine, et trois semaines après la fausse couche ; le Dr Noblet et moi, nous trouvons la malade dans l'état suivant :

Décubitus dorsal, facies anémique et un peu terreux; pas de chaleur à la peau; pouls à 70; rien à noter du côté du tube digestif; il n'y a pas eu de vomissements, à aucun moment.

Le ventre présente une tumeur volumineuse, occupant sa partie latérale gauche et inférieure, où elle fait une saillie qui tranche sensiblement sur le reste de son étendue, car il n'y a pas de tympanisme et la malade est assez amaigrie.

Cette tumeur remonte à un travers de doigt de l'ombilic; elle est globuleuse à la vue et surtout sous les doigts, qui la circonscrivent facilement; elle est actuellement peu douloureuse, même à une pression assez forte, non mobile, non fluctuante, mais très-nettement rénitente, et donne bien la sensation d'une poche tendue et remplie de liquide. Très-nettement limitée en haut, elle s'enfonce en bas dans le petit bassin, où il est impossible de distinguer l'utérus.

Au toucher vaginal, le col utérin est très-sensiblement dévié à droite et un peu en avant. Dans le cul-de-sac vaginal gauche, le doigt sent également une tumeur descendant assez bas, en empiétant en arrière sensiblement sur le cul-de-sac vaginal postérieur; tumeur faisant

évidemment corps avec la tumeur abdominale, et étant comme celle-ci peu douloureuse, non fluctuante, mais rénitente.

Le palper abdominal combiné avec le toucher vaginal permet de circonscrire très-nettement cette tumeur dans son ensemble et de sentir plus nettement encore la rénitence qu'elle offre et qui invite, pour ainsi dire, à la ponction exploratrice.

Le cul-de-sac vaginal droit et le cul-de-sac antérieur sont libres, mais assez difficiles à atteindre par suite de la déviation du col utérin. Celui-ci est peu mobile, peu douloureux, peu volumineux; le doigt retiré du vagin est couvert d'un peu de sang non fétide.

Au toucher rectal, on retrouve la tumeur avec ses mêmes caractères, et de ce côté elle fait une saillie considérable, plus considérable même que sa situation du côté gauche ne le faisait prévoir.

Selles difficiles, mais pas de ténesme anal; pas de ténesme vésical.

Le 17. Nous retrouvons, le Dr Noblet et moi, la malade plus souffrante. Elle a de la fièvre, ses douleurs sont plus vives, elle se plaint surtout d'une douleur dans le côté droit de la poitrine, et de ce côté nous trouvons de la submatité et une diminution du bruit respiratoire, ce qui nous fait craindre quelque pleurite sèche.

La tumeur du ventre a augmenté de volume, elle est plus douloureuse à la palpation, elle semble plus tendue. Même état du côté du vagin et du rectum. Pas de fluctuation en aucun point.

Le 23 octobre, c'est-à-dire plus d'un mois après, je revois la malade avec le Dr Noblet, mais alors c'est pour constater que l'affection est en pleine résolution. La douleur de côté dont la malade s'était plainte à notre dernière consultation n'a pas eu de suite, et a cédé à des embrocations opiacées. La fièvre est tombée peu de jours après, et l'état général est redevenu meilleur.

La tumeur a très-sensiblement diminué de volume, notamment du côté du ventre où elle est réduite au volume d'une tête de fœtus de six mois, et dépasse à peine de un travers de doigt le niveau du détroit supérieur. Elle a perdu sa rénitence et elle est devenue très-dure, comme fibreuse, et conserve toujours sa forme globuleuse. Au toucher vaginal, le changement est moins marqué, bien qu'elle ait aussi diminué de ce côté. Pas de douleurs; à aucun moment, il n'y a eu d'évacuation sanguine abondante; la perte utérine légère qui persistait à notre dernière consultation a cessé depuis longtemps, de sorte qu'il y a eu ici résolution de la tumeur sur place.

Retour des forces générales, la malade se lève sur un fauteuil depuis quelques jours.

Au mois de mai 1877 (six mois après), j'ai eu l'occasion de retrouver cette malade à la campagne, et j'ai appris que la résolution de

sa tumeur n'avait fait que progresser jusqu'à sa disparition complète. L'état général était excellent.

Les règles ont reparu à la fin du mois d'octobre, et depuis elles ont repris leur marche ordinaire, étant én avance ou en retard de deux ou trois jours seulement, se montrant sans grandes douleurs, et n'offrant pas d'augmentation, ni de diminution.

A la palpation abdominale profonde et prolongée, j'ai pu soupçonner, plutôt que sentir nettement, une légère induration siégeant du côté gauche de l'utérus. Au toucher vaginal, le col utérin, au lieu d'être dévié à droite comme il l'était pendant la période d'état de la tumeur, était porté à gauche, et comme attiré de ce côté par une bride fibreuse peu extensible, comme cela a lieu si souvent à la suite des pelvi-péritonites ordinaires. Les culs-de-sac vaginaux étaient libres, celui de gauche paraissait moins profond que les autres, par suite de la déviation du col utérin.

Après l'analyse détaillée dans laquelle nous sommes entrés à propos de notre première observation, il nous paraît inutile de faire suivre celle-ci de longs commentaires. Nous ferons remarquer seulement que, le 14 septembre, les caractères de la tumeur abdomino-vaginale étaient tels, que sa nature *hématique* ne pouvait être mise en doute ; une tumeur phlegmoneuse aurait été plus douloureuse, non circonscrite nettement, ni rénitente ; et une tumeur purulente de ce volume aurait offert non de la rénitence, mais de la fluctuation ; de plus, elle aurait été plus étalée, également moins circonscrite, plus douloureuse, etc.

L'hématocèle admise, la question d'une hématocèle sous-péritonéale par grossesse *extra-utérine* se posait d'autant plus ici, que la tumeur était latérale, globuleuse, comme un kyste fœtal, et prédominante tout à la fois du côté de l'abdomen et du côté du vagin, où elle descendait assez bas, et enfin peu douloureuse ; et elle se posait non-seulement le 14 septembre, mais encore le 17, alors que cette tumeur avait acquis un volume plus considérable. Mais, la malade ayant fait au début de ses accidents une fausse couche constatée, non pas seulement par elle-même ou son entourage, mais encore par deux médecins, nous avons dû écarter cette hypothèse, car il aurait fallu admettre une double grossesse, l'une intra-uté-

rine, et l'autre extra-utérine ; et nous avons dû reculer devant ce diagnostic.

Nous nous sommes donc rattachés, le Dr Noblet et moi, à l'idée d'une hématocèle intra-péritonéale, et en second lieu, les renseignements fournis par ce dernier ne laissant pas de doute à cet égard, à celle d'une hématocèle ayant succédé à la pelvi-péritonite du début, qui, elle-même, avait été occasionnée par la fausse couche.

Nous ferons remarquer encore que la recrudescence de l'affection s'est surtout accentuée vers le 12 ou 13 septembre, c'est-à-dire à l'époque habituelle des règles de la malade, de sorte qu'il y a tout lieu de penser que le molimen menstruel a été pour beaucoup dans la transformation de la pelvi-péritonite en pachy-péritonite hémorrhagique, qui s'est faite à ce moment-là.

Le traitement a consisté avant tout dans le repos absolu au lit, prolongé pendant près de quatre mois, et dans l'application succesive et répétée de cataplasmes laudanisés, de couches de collodion, de vésicatoires, de teinture d'iode, en faisant alterner ces différents moyens, et en donnant la préférence aux deux premiers, lorsque les douleurs étaient vives, et aux seconds, lorsqu'elles étaient calmées.

A l'intérieur, des toniques sous forme de vin et d'extrait de quinquina, de potion de Todd, enfin des laxatifs légers et des injections vaginales détersives, ont complété la médication. La ponction même, la ponction exploratrice, à laquelle invitait, nous l'avons dit, la rénitence de la tumeur et son augmentation sensible le 17, a été écartée, et bien nous en a pris, puisque peu après la résolution commençait, et ne s'est pas ralentie jusqu'à la guérison.

Obs. III (1). *Hématocèle par néo-membranes pelviennes ou pachy-péritonite hémorrhagique à évolution lente. — « Métro-péritonite de longue durée. Aggravation aux époques cataméniales. Hématocèle constatée très-tardivement. Ouverture à l'extérieur. Guérison. »*

---

(1) Bernutz et Goupil *loc. cit.* Observ. XXXVIII, p. 214 du Livre qui traite des Accidents causés par la Rétention menstruelle.

Dans cette observation, il est question d'une malade âgée de 43 ans, ayant eu quinze enfants, qui en 1849 éprouva des douleurs de bas-ventre causées par la suppression brusque de ses règles.

« Elle entre, au commencement de 1851, à l'hôpital St-Louis pour les mêmes douleurs; là M. Nélaton constata une *tumeur dans l'abdomen*. La malade fut traitée par le repos, les antiphlogistiques, les vésicatoires volants et les bains; elle y resta six mois. Au bout de ce temps, notablement soulagée, mais conservant encore *sa tumeur*, elle sortit de l'hôpital.

« Depuis ce temps, elle se portait assez bien, mais elle éprouvait de temps en temps quelques douleurs sourdes à l'hypogastre et quelques irrégularités dans la menstruation.

« Elle a eu deux fausses couches, dont la seconde, le 2 décembre 1851, était de deux enfants. Aucun accident remarquable n'a suivi ces fausses couches, seulement, après la seconde, elle éprouva une perte abondante, trois semaines après elle était sur pied.

« Vers le mois d'octobre 1853, la malade éprouva des douleurs vives à la fosse iliaque gauche et profondément dans le bassin; elle compare ces douleurs à celles qu'elle a éprouvées avant son entrée à St-Louis. Son ventre était volumineux, tendu; la pression était douloureuse, la défécation, et surtout la miction étaient gênées; on a été obligé de sonder la malade.

« Au bout de quelques jours, ces accidents diminuèrent; mais vers la fin de décembre les mêmes accidents ayant l'air de reparaître, la malade entra à l'hôpital de la Clinique, le 25 décembre 1853.

Le 2 janvier 1854, on constate tous les signes d'une hématocèle volumineuse faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur du vagin, où l'on sent la fluctuation.

« Le 17. Une perte abondante apparut brusquement hier; la malade rendit par le vagin des caillots d'un sang noir visqueux, filant, qu'elle compare à du raisiné.

« Le 27. La perte dura huit jours. L'examen local nous fit constater que la tumeur avait diminué dès l'apparition de l'écoulement sanguin par le vagin; l'inspection très-attentive de cet organe n'a permis de voir aucun orifice.

« 4 février. L'écoulement sanguin s'est arrêté depuis huit jours; les accidents généraux ont complétement disparu, et la malade très-affaiblie commence à reprendre des forces.

« Mars. Un mois s'est écoulé. La tumeur considérablement diminuée persiste encore, mais on espère qu'elle ne tardera pas à être complètement résorbée.

« 15 avril. Ce matin, au moment de la visite, la malade fut prise de frissons violents qui durèrent deux heures, nausées, vomissements. Dans la journée la fièvre s'est allumée, insomnie, agitation.

« Le 16. Ventre tuméfié, tendu, douloureux; les vomissements continuent. La tumeur qu'elle avait dans le ventre et qui était en voie de résolution, a augmenté manifestement; le vagin est tendu, chaud, très-douloureux, et malgré la constipation, on y fait des injections laudanisées.

« Le 19. Les accidents de la péritonite commencent à diminuer. La tumeur du ventre est assez tendue, volumineuse, fluctuante et semble rester stationnaire. »

Les 23 et 30. Évacuation abondante et spontanée de sang par le vagin et le rectum, qui est suivie de la guérison de la malade.

Dans les commentaires, voici comment ce fait est interprété : « On voit chez une femme qui a eu de nombreuses grossesses, et qui semble avoir déjà présenté antérieurement une hématocèle, survenir des troubles de la menstruation, et à la suite de ces troubles, que malheureusement l'observation ne permet pas de déterminer, une nouvelle hématocèle pour laquelle la malade entre à l'hôpital quelque temps après le début non précisé de cette affection... » Et plus loin, relativement à l'écoulement sanguin qui a eu lieu le 17, les commentateurs ajoutent : « On voit les accidents s'amender et la tumeur hématique diminuer avec l'expulsion par la vulve de caillots sanguins altérés, semblant bien évidemment, d'après les détails rapportés, provenir de la cavité utérine, expulsion qui a eu lieu à une époque que la fin de l'observation montre exactement correspondre aux périodes menstruelles. Puis tout à coup, à une date exactement correspondante à celle où a eu lieu, soixante jours auparavant, l'expulsion de caillots sanguins altérés, survient, au lieu de la menstruation qui devait se produire, une augmentatation brusque de la tumeur hématique et le développement d'une péritonite... qui, d'intensité moyenne, a commencé à s'amender à partir du quatrième jour, et a été suivie d'une convalescence rapide, par suite de l'évacuation du sang retenu, qui s'est produite par le vagin le huitième jour, et par le rectum le dixième. »

Pour nous, dans ce fait, nous voyons le pendant de celui que nous avons tout d'abord cité, avec cette différence que l'inflammation péritonéale a eu une marche chronique, à recrudescences multiples et menstruelles, et n'a donné lieu que tardivement à

l'hématocèle. Tout d'abord, relativement à la première tumeur abdominale constatée par Nélaton, il y a tout lieu de penser que ce n'était pas une hématocèle, car cette affection n'aurait pas échappé à un clinicien aussi consommé, au moment surtout où ces affections étaient à l'ordre du jour et faisaient l'objet de ses leçons. N'est-il pas plus rationnel d'y voir une métro-péritonite qui s'est amendée lentement, et qui, de temps en temps, sous l'influence de la menstruation, a été sujette à des recrudescences, dont la dernière, plus violente que les autres, a abouti à une hématocèle qui détermine l'entrée de la malade à l'hôpital (25 décembre). Par là même, celle-ci ne peut être considérée que comme une hématocèle par néo-membranes pelviennes, subissant de nouveau l'influence de la menstruation, et s'ouvrant même à l'extérieur sous cette influence, une première fois le 17 janvier, bien qu'on n'ait pas constaté l'orifice par où s'est écoulé le sang, et une seconde fois, à la seconde époque cataméniale suivante (23 mars).

OBS. IV (1). *Hématocèle par néo-membranes pelviennes ou pachy-péritonite hémorrhagique primitive et menstruelle, à évolution rapide.* — « *Pelvi-péritonite menstruelle. Hématocèle reconnue trois semaines après le début des accidents. Ponction. Guérison.* »

Il s'agit d'une femme âgée de 31 ans, dont la menstruation est devenue très-abondante et très-prolongée depuis son accouchement et s'accompagne de douleurs dans le côté droit, douleurs cessant avec les règles.

« Il y a trois semaines, sans cause connue, pendant l'époque menstruelle, la malade a ressenti une douleur très-vive dans le côté droit du ventre. Dans la même journée, elle a perdu des caillots de sang, comme elle en perdait du reste quelquefois. Les règles ont duré douze jours. En même temps elle ressentit des douleurs, elle toucha son ventre et constata dans la partie hypogastrique droite une tumeur. Elle a continué cependant à vaquer à ses affaires, n'a eu ni fièvre, ni frisson. Voici l'époque précise de l'apparition de la tumeur. Les règles sont survenues le 6, elles se sont terminées le 20; c'est le 6 que la malade a senti la tumeur.

(1) Bernutz et Goupil. *Loc. cit.* Observ. XV, p. 466. du Livre qui traite des Hématocèles et de leurs diverses variétés.

« Le 21, époque de la cessation des règles, la malade a ressenti dans le bas-ventre des douleurs très-vives, lancinantes et continues, elle s'est vue forcée de garder le lit et de rester dans le décubitus dorsal. La malade a vu depuis cette époque augmenter graduellement la tumeur; l'acuité des douleurs la décide à entrer à l'hôpital. Entrée de la malade à l'hôpital le 2 mai 1876. »

On constate le même jour l'existence d'une hématocèle considérable rétro-utérine, dont la ponction donne lieu à un écoulement de sang abondant et est suivie de guérison.

Cette observation est citée comme un fait d'hématocèle métrorrhagique symptomatique d'une affection d'un des organes genitaux ayant joué le rôle d'une épine pathologique, en faisant appel, pour ainsi dire, au reflux du sang dans la cavité péritonéale. Pour nous, en ayant égard à ce fait que précise l'observation, à savoir que l'affection a débuté à une époque menstruelle, le6 avril, et qu'elle a été graduellement en augmentant, et qu'enfin la tumeur hématique n'a été constatée que trois semaines après le début des accidents (le 2 mai); nous la considérons, pour les raisons que nous avons développées, comme un cas d'hématocèle par néo-membranes pelviennes, ayant succédé à une pelvi-péritonite menstruelle, c'est-à-dire comme une pachy-péritonite hémorrhagique primitive et menstruelle.

Obs. V (1). *Hématocèle par néo-membranes pelviennes ou pachy-péritonite hémorrhagique primitive et intermenstruelle, à évolution rapide.* — « *Pelvi-péritonite accidentelle. Hématocèle reconnue un mois après le début des accidents. Résolution rapide de la tumeur. Guérison.* »

Femme âgée de 23 ans, ayant eu, dans les trois premières années de son mariage, une fausse couche et deux accouchements à terme; et ayant vu depuis le dernier ses règles devenir abondantes et prolongées; atteinte peu après d'une ulcération du col utérin qui ne disparut qu'après des cautérisations répétées tous les huit jours pendant trois mois.

« Les règles vinrent régulièrement dans les premiers jours de mars; elles sont normales, coulent pendant huit jours, ce qui est leur durée habituelle depuis les cautérisations. Vers la fin de cette époque

---

(1) Bernutz et Goupil. *Loc. cit.* Observ. III, du Livre qui traite des Hématocèles et de leurs diverses variétés, p. 368.

menstruelle, cette femme a l'imprudence de s'étendre sur le carreau et d'y rester une heure endormie; en se relevant elle est prise de frissons, de maux de reins, mais sans coliques; elle est forcée de se coucher et de garder le lit pendant vingt-quatre heures, au bout desquelles elle peut reprendre ses fatigantes occupations (de blanchisseuse) sans conserver aucun ressentiment de son indisposition passagère. Huit ou dix jours après celle-ci, c'est-à-dire du 15 au 20 mars, elle éprouve tout à coup, dans la nuit, une violente douleur dans la partie gauche de l'abdomen, accompagnée de frisson, de fièvre, mais sans vomissement. Cette douleur, qui ne peut être attribuée qu'à la fatigue assez grande que lui cause son travail, persiste presque aussi vive le lendemain; le volume de l'abdomen est considérablement augmenté... Le médecin, appelé près de cette malade, prescrit un vésicatoire dans le dos et des lavements laudanisés. Cependant les douleurs diminuent graduellement ainsi que la diarrhée, et la malade peut se lever et marcher sans souffrir notablement; quoique son ventre reste assez sensible et plus volumineux qu'avant es symptômes abdominaux qu'elle vient d'éprouver.

Dans les premiers jours d'avril, les règles viennent à leur époque normale, sans douleurs, elles durent huit jours et ne présentent rien de particulier. Après l'époque menstruelle l'amélioration continue, et malgré la persistance de quelques douleurs à droite, tandis qu'au début elles siégeaient à gauche, elle peut, le 15 avril, non-seulement reprendre son travail, mais même se livrer à toutes ses pénibles occupations.

Le 25 avril, elle fait, après son travail, une longue course à pied, et le lendemain une longue promenade en voiture mal suspendue. Le soir même de cette promenade en voiture, elle est prise de nouvelles douleurs abdominales, mais celles-ci insupportables à cause de leur intensité; elles s'accompagnent de vomissements et du retour de la diarrhée. La nuit est très-agitée, excessivement pénible. si mauvaise, que, dès le lendemain matin, cette femme se fait transporter à l'hôpital où le soir de son entrée elle présente l'état suivant... : » « c'est-à-dire que l'on constate l'existence d'une tumeur rétro-utérine, présentant tous les caractères d'une hématocèle et qui ensuite se résorbe très-rapidement.

Dans les commentaires, il est établi que, d'après les caractères de la tumeur et la résorption extrêmement rapide dont elle a été le siége, et qui met «hors de toute contestation qu'elle était constituée par un épanchement sanguin intra-péritonéal, » il s'agit bien d'une hématocèle. D'un autre côté, en raison de

l'absence de métrorrhagie et en raison de l'époque intermenstruelle, à laquelle se sont montrés les accidents qui ont fait entrer de suite la malade à l'hôpital, il est également établi que cette hématocèle n'est pas symptomatique d'une affection des organes génitaux internes, ni d'une maladie ayant déterminé une exhalation sanguine exagérée de la muqueuse tubo-utérine, et par conséquent qu'il ne s'agit pas d'une hématocèle cataméniale. Par suite, pour en expliquer la formation, les commentateurs, en se basant sur différents signes qui sont loin d'être probants, sont conduits à la regarder comme un fait d'hématocèle par rupture de varices tubo-ovariennes ; alors que dans les deux faits qui sont cités avant celui-ci, et où l'autopsie est venue démontrer que cette lésion existait réellement, la mort est survenue en quelques heures.

Pour nous ce fait est également un exemple d'une hématocèle intermenstruelle, mais d'une hématocèle par néo-membranes pelviennes ; c'est-à-dire d'une pachy-péritonite hémorrhagique, primitive et accidentelle, ayant débuté dans l'intervalle des règles sous l'influence de fatigues exagérées (du 15 au 20 mars), et qui un mois après, également dans l'intervalle des règles, et sous l'influence d'une nouvelle cause accidentelle (transport dans une voiture mal suspendue) a été l'origine de la tumeur hématique, constatée à l'arrivée de la malade à l'hôpital.

Obs. VI (1). *Hématocèle par néo-membranes pelviennes ou pachy-péritonite hémorrhagique intermenstruelle, à évolution rapide.* — « *Pelvi-péritonite intermenstruelle. Hématocèle, ouverture à l'extérieur. Guérison de la pelvi-péritonite. Mort par variole hémorrhagique. Autopsie : adhérences péritonéales rétro-utérines, ovaires sains, adhérences des trompes aux ovaires.* »

Jeune femme de 19 ans, parfaitement réglée et bien portante jusqu'au moment où elle contracte une maladie vénérienne (plaques muqueuses), pour laquelle elle entre à l'hôpital de Lourcine, où elle est soumise en conséquence à un traitement mercuriel.

« 31 janvier. Le vagin, d'un rouge vif, est le siége d'une sécrétion

---

(3) Bernutz et Goupil, loc. cit., observ. II, t. II, p. 26, du livre qui traite des *Pelvi-péritonites.*

blanchâtre; le col utérin est normal, l'utérus d'un volume normal ne présente aucune déviation; les culs-de-sac vaginaux sont libres et paraissent tout à fait normaux.

« 2 février. Cette malade sensiblement mieux voit venir ses règles mais elles sont très-peu abondantes; elles ne durent que deux jours. Cependant les jours suivants elle ne se plaint pas. Les accidents syphilitiques s'amendent sous l'influence des soins de propreté et de pilules de 0,05 cent. de proto-iodure de merçure, dont l'action détermine un commencement de salivation, malgré lequel on continue la médication mercurielle.

« Le 13. Elle éprouve des douleurs vagues dans le bas-ventre et dans les reins; elles persistent jusqu'au 16, où alors la malade est prise d'un frisson répété, puis d'une douleur vive qui occupe la fosse iliaque droite et s'exaspère par les mouvements respiratoires et la toux.

« Le 17. A la visite du matin, nous trouvons la malade presque immobile dans le décubitus dorsal par suite des douleurs très-vives qu'elle éprouve depuis la veille... Cette douleur devient excessive lorsqu'on essaye d'explorer par la palpation la fosse iliaque droite dont les muscles se contractent alors fortement, mais dans laquelle on peut néanmoins constater l'existence d'une tuméfaction dure, résistante, allongée transversalement, paraissant occuper tout le ligament large droit... Le vagin présente au toucher une chaleur notable dans le cul-de-sac postérieur et dans la moitié inférieure du cul-de-sac gauche. Là un peu en arrière du col qui est mou, peu volumineux, non entr'ouvert, mais en avant et *porté en totalité avec l'utérus en haut derrière les pubis, on sent une tumeur arrondie, résistante, très-douloureuse à la pression*, on ne perçoit ni pulsations, ni battements vasculaires...

« Cette tumeur toute récente entoure la portion post-vaginale du col dans son tiers postérieur gauche, mais sans se continuer avec la paroi utérine, dont elle paraît indépendante; elle se prolonge dans une petite étendue en hauteur sur le bord gauche de l'utérus qui, comme nous l'avons dit, est relevé en masse, mais non augmenté de volume. Le cul-de-sac antérieur est complètement libre, il en est de même de la partie antérieure du cul-de-sac droit, tandis qu'on trouve postérieurement dans le cul-de-sac droit une résistance vague qui se continue avec la tumeur placée en arrière du col et qui de là se prolonge dans le cul-de-sac gauche... — Prescription : limonade, quinze sangsues sur la fosse iliaque gauche, bain, cataplasmes en permanence.

« Le 18. Hier, pendant le bain qui a suivi l'application des sangsues, la malade a eu par le vagin un écoulement de sang assez notable pour qu'elle l'ait distingué de celui que fournissaient les piqûres de

sangsues. *Cet écoulement de sang, provenant de la cavité vaginale elle-même et que la malade considère comme un retour de ses règles qui ont été incomplètes ce mois-ci*, s'est arrêté quelque temps après qu'elle a été replacée dans son lit. Aujourd'hui la malade se trouve mieux...

« Le 19. La malade reste dans le même état.

« Le 20. L'exploration de la région hypogastrique toujours très-pénible à droite, donne les mêmes signes que précédemment, bien que la malade se trouve soulagée depuis cette nuit, pendant laquelle l'écoulement blanchâtre a beaucoup augmenté. Ce matin il est très-abondant et en même temps plus épais, il n'offre cependant aucun des caractères d'un écoulement purulent. Le toucher vaginal fait constater que le col peu volumineux est légèrement entr'ouvert et que la tumeur qui est située derrière lui *descend moins bas, qu'elle est plus petite, moins dure*, elle est aujourd'hui indolente à la pression et on ne sent plus la chaleur anormale qui existait le 17.

« Le 22. Au toucher vaginal, le corps de l'utérùs, placé moins haut et moins en avant que ces jours derniers, est redescendu dans le bassin...

« Le 28. Au toucher, on trouve que le col et le corps de l'utérus, au lieu d'être placés en avant et d'être appliqués contre le pubis comme ils l'étaient au début des accidents, sont portés en totalité en arrière dans le cul-de-sac postérieur, où l'on sent une sorte de bride médiane verticale, dure, qui paraît attacher l'utérus à la paroi antérieure du rectum. L'écoulement est aujourd'hui peu abondant, blanchâtre, peu épais et sans odeur spéciale...

« 30 mars. La malade, qui jusqu'alors n'a pas vu revenir ses règles depuis le 2 février, semble aujourd'hui en ressentir les prodromes... La déviation utérine reste dans le même état.

« 12 avril. Les règles n'ont pas eu lieu... »

Le 18. La malade est prise d'une variole hémorrhagique qui l'emporte le 27; et à l'autopsie on trouve de nombreuses adhérences qui unissent la face postérieure de l'utérus à la face antérieure du rectum.

Cette observation est citée comme exemple d'une pelvi-péritonite séro-adhésive ordinaire ayant déterminé des adhérences péritonéales, et par suite une déviation utérine, ce qui est du reste établi et par les symptômes et par les lésions contatées à l'autopsie. Mais, préoccupés de ce point, pour eux capital, les commentateurs ne s'expliquent pas sur la nature simplement séro-adhésive ou au contraire hématique de la tumeur rétro-utérine, ni sur l'écoulement sanguin vaginal qui s'est montré peu après son apparition. C'est là une lacune que nous allons

chercher à combler. Relativement à la tumeur, si elle offre les caractères d'une tumeur phlegmoneuse ou d'une pseudo-tumeur, elle offre également ceux d'une tumeur hématique, avec les circonstances suivantes, importantes à noter et qui plaident en faveur d'une tumeur hématique, à savoir : qu'elle n'a pas présenté les battements artériels si fréquents dans les pelvi-péritonites ordinaires, qu'elle s'est développée très-rapidement, et qu'elle s'est affaissée avec plus de rapidité encore, puisque dès le neuvième jour elle avait disparu complètement, ce qui ne se voit pas dans les cas de pseudo-tumeur. (Voir les commentaires de l'obs. V.)

Quant à l'écoulement sanguin vaginal, en ayant égard à ce fait qu'il ne peut être pris pour les règles, puisque celles-ci avaient paru dix-huit jours avant le début de la pelvi-péritonite et qu'elles n'ont pas reparu depuis ; qu'il ne peut être regardé non plus comme une perte utérine accidentelle, puisque cet écoulement s'est fait d'une seule fois et ne s'est pas renouvelé, ce qui serait bien extraordinaire s'agissait d'une métrorrhagie; nous ne pouvons le considérer que comme le résultat de l'ouverture à l'extérieur de la tumeur rétro-utérine, dont il vient ainsi confirmer la nature et expliquer la disparition si rapide. Ce fait est donc encore un cas de pachy-péritonite hémorrhagique et intermenstruelle, les accidents ayant débuté dans l'intervalle de la menstruation. Sans doute ici l'affection a présenté une évolution très-rapide, mais serait-il irrationnel de rattacher cette rapidité d'évolution à l'action fluidifiante du mercure, que prenait la malade, et qui avait déjà déterminé chez elle un commencement de salivation?

Un mot sur ce qui a été constaté à l'examen nécroscopique. Outre l'état sain du tissu cellulaire péri-utérin, et l'existence d'adhérences péritonéales rétro-utérines qui interceptent entre elles « *des espèces d'alvéoles* » et qui expliquent la déviation utérine constatée pendant la vie ; il est noté, relativement aux trompes, que « des deux côtés on ne peut trouver les franges du pavillon qui est complètement adhérent à l'ovaire, ce que démontre l'insufflation des trompes par l'extrémité utérine, qui les distend sans qu'il s'échappe une bulle d'air. » Quant aux

ovaires, il est indiqué qu'ils « sont peu volumineux, ne contiennent ni caillots, ni corps jaunes; leur membrane fibreuse est dure, épaissie et recouverte de nombreuses cicatricules. » N'est-il pas permis de voir, dans ces différents faits anatomiques, autant de preuves en faveur de la formation de la tumeur hématique par l'intermédiaire d'adhérences péritonéales et de néo-membranes, dans les hématocèles communes et à terminaison favorable?

Nous résumerons tout ce travail dans les conclusions suivantes:

1° Au point de vue des faits, parmi les affections comprises sous le nom d'hématocèles intra-péritonéales, il en est qui débutent par une pelvi-péritonite primitive ou secondaire, menstruelle ou intermenstruelle, qui est bénigne ou modérée à son apparition, et va en s'aggravant progressivement ou par saccades. Dans ces hématocèles, bien distinctes des hématocèles à début brusque et violent et à terminaison fatale, la tumeur hématique, signe pathognomonique de l'affection, n'est constatée ou ne peut être constatée que *tardivement* par rapport au début des accidents, et la terminaison favorable est la règle.

2° Au point de vue des théories émises sur la formation des hématocèles, les faits qui rentrent dans le groupe précédent ne peuvent être regardés comme des hématocèles liées à une ponte ou à une grossesse extra-utérine, ni à une lésion de l'ovaire, ni au reflux du sang par les trompes, ni à une rupture des veines tubo-ovariennes, etc.; ils doivent être considérés comme des hématocèles par néo-membranes pelviennes, c'est-à-dire dans lesquelles la tumeur hématique est engendrée par la pelvi-péritonite du début, dont elle est la conséquence directe, et dont elle ne représente que la seconde période. Prises dans leur ensemble, ces affections sont donc des pelvi-péritonites devenues accidentellement ou secondairement hémorrhagiques, autrement dit des *pachy-péritonites hémorrhagiques*.

3° Au point de vue pratique, ces faits étant nombreux, les plus nombreux de tous, puisque ce sont pour ainsi dire les seules hématocèles qui se terminent par la guérison; il suit de

là, que l'hématocèle commune ou ordinaire, intra-péritonéale et à terminaison favorable, est dans la plupart des cas, pour ne pas dire dans tous les cas, une pachy-péritonite hémorrhagique menstruelle ou intermenstruelle, mais le plus souvent menstruelle, c'est-à-dire ayant débuté à une époque cataméniale.

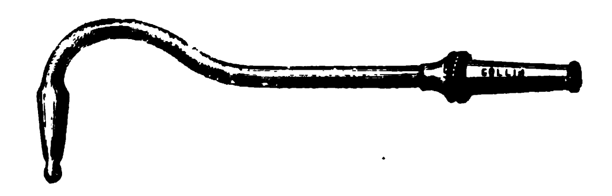
REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Insufflation des nouveau-nés. — M. Tarnier présente à l'Académie, au nom de M. Ribemont, interne de la Maternité, un tube laryngien destiné à pratiquer l'insufflation chez les enfants nouveau-nés en état de mort apparente.

Aux avantages incontestables du tube de Chaussier, cet instrument joint en effet les suivants :

L'introduction du tube dans le larynx est plus facile. A quoi tient ce premier avantage ?



D'une part à la courbure, d'autre part à la forme de l'extrémité terminale du tube.

Lorsqu'on étudie, comme l'a fait M. Ribemont, sur des coupes médianes pratiquées sur des cadavres de nouveau-nés congelés, la direction de la voûte palatine dans ses rapports avec celle du conduit laryngo-trachéal, on s'aperçoit que la courbe représentant le trajet le plus naturel que doit suivre le cathéter diffère notablement de celle du tube de Chaussier.

Si on calque, pour ainsi dire, la forme du tube sur cette courbe anatomique on obtient, comme M. Ribemont, un instrument dont

l'extrémité peut alors se présenter à l'entrée du larynx, suivant l'axe du conduit laryngo-trachéal.

Au contraire, le tube de Chaussier aborde plus ou moins obliquement l'orifice supérieur du larynx et a beaucoup de tendance à s'engager dans l'œsophage.

La disposition de l'extrémité du tube de M. Ribemont aide également à sa pénétration entre les lèvres de l'orifice sus-glottique. Cet instrument se termine, en effet, par un bouton mousse arrondi.

Le tube de Chaussier se terminait également par une extrémité mousse et présentait, à un centimètre environ au-dessus d'elle, deux ouvertures latérales. M. Depaul a supprimé les yeux latéraux et les a remplacés par une ouverture terminale.

M. Depaul avait raison à un certain point de vue et sa modification est un perfectionnement pour la projection directe de l'air, mais l'introduction du tube n'a-t-elle pas perdu à ce changement quelque chose de sa facilité ?

L'extrémité mousse du tube de Chaussier glissait sans obstacle sur la muqueuse des voies aériennes. Celle du tube de M. Depaul ne progresse qu'en frottant, qu'en accrochant la surface de cette muqueuse dont les plis viennent à chaque moment s'engager dans l'ouverture terminale qu'il présente. Il existe entre les deux instruments les mêmes différences qu'entre une sonde uréthrale à extrémité mousse et une sonde dont le bout serait coupé.

A ce propos M. Tarnier rappelle que M. Ribemont n'emploie pas pour le cathétérisme du larynx la méthode dont la description se trouve dans tous les ouvrages classiques. Il ne se guide pas sur l'épiglotte, il ne cherche pas à la soulever pour découvrir l'entrée du larynx. L'épiglotte se laisse en effet déprimer par le doigt conducteur et dévier, refouler même par le tube sans difficulté comme sans inconvénient. Voici comment M. Ribemont procède : il introduit le doigt indicateur dans le pharynx, aussi loin que possible, de façon que la pulpe du doigt se trouve en rapport avec la face postérieure des cartilages aryténoïdes.

Le tube, tenu de la main droite, est dirigé sur la ligne médiane jusqu'à ce que son bouton terminal soit en rapport avec la pulpe du doigt. En l'abaissant un peu alors, il l'engage entre les cartilages aryténoïdes et pénètre sans peine jusque dans la trachée.

M. Tarnier fait connaître un deuxième avantage dont l'importance est plus grande encore.

Lorsque le tube de Chaussier, modifié ou non, est en place et qu'on pratique l'insufflation, l'air qu'on pousse dans son intérieur reflue en partie sur les côtés du tube sans pénétrer dans la trachée et s'échappe par la bouche et les narines quand il ne s'engage pas dans le pharynx et l'œsophage.

Une quantité notable d'air est par ce fait non-seulement perdue pour les poumons, mais peut devenir, en pénétrant dans l'estomac, un obstacle au jeu du diaphragme.

Ces inconvénients n'ont pas échappé aux médecins qui se sont occupés de l'insufflation; aussi, pour empêcher le reflux de l'air et forcer ce dernier à pénétrer dans les voies aériennes, ont-ils cherché à lui fermer autant que possible toute issue par la bouche, les narines et l'œsophage.

La disposition adoptée par M. Ribemont atteint parfaitement son but.

La portion de son tube destinée à être, pendant l'opération, en rapport avec le conduit laryngien affecte la forme d'un cône allongé. Il pénètre par son sommet dans le larynx et s'y engage à la façon d'une sonde conique dans un rétrécissement ou d'un fausset dans le trou d'un tonneau jusqu'à ce que l'orifice sus-glottique et la glotte soient obturés. Alors l'air, poussé à travers le tube, pénètre dans les poumons sans pouvoir s'échapper au dehors.

Un troisième avantage est présenté par le tube de M. Ribemont. Dès la première insufflation on sait, d'une manière certaine, si le tube est bien dans le larynx ou s'il n'a pas fait fausse route.

Dans le premier cas, en effet, l'air pénètre silencieusement dans les poumons et s'en échappe en sortant par le tube.

Dans le second, le reflux de l'air dans le pharynx et l'œsophage s'accompagne d'une sorte de bruit de gargouillements particuliers. Avec le tube de Chaussier, rien de semblable ne se produit puisqu'il y a toujours, quelle que soit la situation du tube, le reflux d'une certaine quantité d'air, et dans quelques cas ce n'est qu'après plusieurs insufflations qu'on est renseigné sur cette situation. Or l'air a pu pénétrer dans l'œsophage, l'estomac, et refouler le diaphragme d'une façon fâcheuse.

M. Depaul critique vivement le nouvel instrument.

Il n'est pas exact que le tube de Chaussier laisse refluer l'air par les narines et qu'il expose le médecin à pénétrer dans l'œsophage. M. Depaul emploie cet instrument journellement et le fait employer par ses élèves. La nouvelle courbure ne paraît offrir aucun avantage. Quant à ce cône, qui entre comme frottement dans le larynx, il peut être dangereux.

En somme le tube de Chaussier a fait ses preuves, tandis que le nouvel instrument proposé par M. Tarnier n'a pas encore reçu la sanction de la pratique.

Procédé de version applicable aux cas difficiles (procédé ano-pelvien). — D'après M. Guéniot il ne manque pas de circonstances où l'accoucheur, quoique pénétré des difficultés et des dangers que présentera la version, se voit cependant contraint de recourir à cette

opération. Le cas le plus commun, sans aucun doute, est celui d'une présentation du tronc avec complication de tétanos utérin lorsque la dérotomie et l'éviscération du fœtus ont été jugées impraticables ou reconnues inefficaces. En telles conditions, l'emploi du procédé ano-pelvien se trouve parfaitement indiqué.

Ce procédé consiste essentiellement :

1° A s'aider du poids du corps pour faire pénétrer la main, sans fatigue, jusque vers le fond de la cavité utérine;

2° A prendre comme point d'appui, pour les tractions à exercer sur le fœtus, l'arcade pubienne ou la pointe sacro-coccygienne, à l'aide d'un doigt courbé en crochet dans le rectum ;

3° Enfin, à suivre quant au reste de la manœuvre, les règles ordinaires de la version podalique.

D'après cette manière de faire, après avoir introduit la main dans le vagin, l'accoucheur avance le tronc jusqu'au contact du coude qui opère ; puis, il appuie du corps, avec plus ou moins de force, sur la saillie de l'olécrâne et sur la face postérieure du bras. L'avant-bras, ainsi poussé au gré de l'opérateur, porte en quelque sorte mécaniquement la main dans l'utérus et le fait cheminer presque sans fatigue, à la recherche du siége. Dès que celui-ci est trouvé — ce qui d'ordinaire est beaucoup plus facile que d'atteindre un pied ou un jarret — on introduit un doigt dans le rectum, et à l'aide de ce doigt courbé en crochet, on tire avec continuité, soit sur le pubis, soit sur le sacrum, de manière à entraîner le bassin de l'enfant jusque dans l'excavation.

Sans parler du poids du tronc, que l'opérateur met à profit pour la recherche des parties fœtales, les avantages du procédé ano-pelvien peuvent se résumer ainsi :

1° Le bassin du fœtus est généralement plus facile à trouver que les pieds;

2° La prise que fournit au doigt l'arcade pelvienne ou la pointe du sacrum est des plus solides et ne prête en rien au glissement;

3° Les tractions étant directes, la force dépensée se trouve entièrement utilisée.

4° Quel que soit le sens des tractions, vers la région dorsale ou abdominale du fœtus, l'évolution de ce dernier peut être effectuée;

5° Enfin, lorsque par le procédé podalique l'opérateur a échoué, le procédé ano-pelvien lui permet encore de mener à bien la version commencée.

M. Guéniot qui, depuis une dizaine d'années, emploie cette pratique, ajoute en terminant que son travail est le premier sur la matière mais que certains accoucheurs, sans y attacher l'importance qu'elles méritent, avaient déjà eu recours accidentellement aux tractions directes sur le siége.

De l'allaitement artificiel des nouveau-nés. — Par une lettre datée du 21 août, le ministre de l'agriculture et du commerce avait consulté l'Académie au sujet du vœu exprimé par le Conseil municipal de mettre en expérience l'allaitement artificiel des enfants en s'entourant de toutes les données scientifiques.

L'Assistance publique, déjà consultée sur cette question, avait répondu au nom de son conseil médical, que l'allaitement artificiel pratiqué sur une grande échelle pouvait entraîner les conséquences les plus désastreuses, et que l'administration hospitalière ne pouvait assumer la responsabilité d'une telle expérience.

La commission d'hygiène de l'enfance propose aujourd'hui à l'Académie, par l'organe de son rapporteur, M. Devilliers, de répondre à M. le ministre qu'elle ne peut qu'approuver complètement l'opinion émise par le Conseil médical de l'Assistance publique; elle est d'avis qu'il serait dangereux de donner suite à l'idée émise par le Conseil municipal au sujet de l'établissement, à Paris ou ailleurs, d'expériences en grand pour l'allaitement artificiel des enfants en bas âge.

Ces conclusions, votées à une immense majorité par l'Académie, ne rencontrent que deux opposants : MM. Jules Guérin et Colin.

M. Jules Guérin pense que l'Académie ne doit pas appuyer les conclusions si absolues de ce rapport. Il rappelle quelques faits favorables à l'allaitement artificiel, et il est d'avis qu'il ne faut pas refuser les fonds généreusement proposés par le Conseil municipal.

M. Colin appuie la motion de M. Guérin. Il est certain qu'il y a de nouvelles études à faire sur cette question. La chimie n'a pas dit son dernier mot. L'allaitement artificiel a donné de beaux résultats chez des animaux, entre autres chez des veaux.......

L'orateur est vivement interrompu par un grand nombre d'académiciens qui ne peuvent admettre cette comparaison entre un jeune veau et un nourrisson.......

M. Depaul critique vivement les paroles de M. Colin relatives à l'application de la chimie à l'analyse du lait destiné à l'allaitement.

M. Blot affirme que, même chez les veaux, l'allaitement artificiel est désastreux. Il rappelle à ce sujet que les veaux nourris artificiellement à l'Académie pour le service de la vaccine dépérissaient rapidement.

Après quelques observations de MM. Moutard-Martin et Devergie, les conclusions de la commission sont adoptées à l'unanimité moins deux voix, celles de MM. J. Guérin et Colin (1).

(*Séances du 4 septembre, du 2 octobre et du 30 octobre* 1877.)

Dr Lutaud.

---

(1) Sans doute, l'allaitement artificiel érigé en principe, nous paraîtrait une

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Polaillon lit un rapport sur une observation de M. Pinard ayant pour titre :

Insertion vicieuse du placenta (marginale). Hémorrhagie pendant les trois derniers mois de la grossesse. — Présentations successives de l'épaule et du siége. — Version céphalique par manœuvres externes. — Application de la ceinture. — Accouchement par le sommet en O. I. G. A. sans hémorrhagie. — Messieurs, dans la séance du 9 mai dernier, M. Pinard est venu lire devant nous une observation d'*insertion vicieuse du placenta*, qui intéresse la pratique des accouchements à plus d'un titre.

Il s'agit d'une femme de 21 ans qui était accouchée une première fois naturellement. Vers le 7e mois de sa seconde grossesse, étant au lit et sans avoir fait aucun effort, elle eut une perte de sang. Quelques jours après, encore pendant la nuit et pendant le sommeil, nouvelle hémorrhagie très-abondante, qui cesse spontanément, mais récidive bientôt et oblige la malade à entrer à la clinique. On reconnaît d'abord une présentation transversale. Trois jours après la présentation a changé, c'est un siége en O. I. G. A. Depuis quelque temps la patiente souffrait dans le ventre et dans les reins; et ses douleurs ne faisaient qu'augmenter.

C'est dans ces conditions que M. Pinard pratiqua la version céphalique par manœuvres externes.

L'opération est des plus faciles, et l'on constate d'abord une position O. I. D. P. et les jours suivants une position O. I. G. A. La tête est très-mobile et se laisse facilement repousser.

---

chose mauvaise et condamnable. Mais, il faut bien admettre cependant qu'un certain nombre de femmes, par suite de circonstances, souvent indépendantes de leur volonté, se trouvent dans l'impossibilité d'allaiter elles-mêmes leurs enfants et sont obligées de recourir à l'allaitement artificiel. Il existe actuellement aux environs de Paris, à Epinay-sur-Seine, une maison d'allaitement admirablement organisée, et qui donne des resultats très-satisfaisants. Nous engageons vivement les membres de l'Académie, que cette question intéresse, à visiter cet établissement. Ils y trouveront des enfants très bien portants, bien que soumis à l'allaitement artificiel. M. le Dr Monribot, le directeur de cette maison, commence, pendant les deux ou trois premiers mois qui suivent la naissance, par élever l'enfant à l'aide du sein de nourrices mercenaires, puis au bout de ce temps, il emploie l'allaitement mixte, et lorsque le nourrisson est assez fort, il a recours à l'allaitement au biberon.

A. Leblond.

Dans le but de maintenir la présentation et la position, M. Pinard applique la ceinture abdominale qu'il a fait connaître à la Société. Dès lors la patiente se sent très-soulagée et les souffrances abdominales qui l'empêchaient de dormir cessent tout à fait. La bonne position du fœtus se maintient jusqu'au moment de l'accouchement qui s'accomplit spontanément treize jours après la version par manœuvres externes. L'enfant mis au monde est un garçon pesant 3,610 grammes. Pendant tout le temps de la dilatation et de l'expulsion, la mère n'a pas perdu une goutte de sang. La délivrance a été accompagnée d'un écoulement sanguin qu'on peut évaluer à environ 500 grammes. Les suites de couches ont été normales.

En examinant le placenta, on trouva que la rupture s'était faite sur son bord. A cet endroit le placenta présentait des lésions qui attestaient des hémorrhagies antérieures : atrophie avec disparition presque complète des cotylédons ; à leur place, couche assez épaisse de fibrine stratifiée, d'aspect grisâtre. Cette altération, qui mesurait 3 centimètres de largeur sur 11 de longueur dans le sens de la circonférence placentaire, indiquait que l'on avait eu affaire à une insertion marginale du placenta.

M. Pinard a accompagné l'observation que je viens de résumer de quelques réflexions dans lesquelles il fait ressortir la possibilité et l'importance de placer le fœtus de telle sorte qu'il se présente par le sommet.

L'insertion vicieuse du placenta, qu'elle soit centrale ou marginale, est une cause démontrée de la présentation du tronc. Si cette présentation persiste jusqu'à l'accouchement, la mère et le fœtus sont exposés à un double danger :

Hémorrhagie inévitable par décollement du placenta inséré sur le col, nécessité d'introduire la main dans la cavité utérine pour faire la version.

Mais si dans les derniers temps de la grossesse, ou avant le début du travail, on parvient par des manœuvres externes à changer la présentation transversale, et même la présentation du sommet, on aura rendu un immense service. En effet, à mesure que le col va se dilater, le sommet appuiera sur l'orifice, comprimera le placenta contre les sinus béants, fera bouchon sur ces ouvertures vasculaires, et empêchera ou amoindrira ces hémorrhagies terribles qui se produisent nécessairement si le tronc se présente. L'observation de M. Pinard, ainsi que beaucoup d'autres, en sont une preuve. Et s'il devient urgent de terminer l'accouchement, une application de forceps aura beaucoup moins de gravité qu'une version.

C'est donc une indication impérieuse de faire la version céphalique par manœuvres externes toutes les fois qu'une présentation

du tronc coïncide avec des hémorrhagies causées par l'insertion vicieuse du placenta.

Mais la grande difficulté de l'opération est de maintenir la bonne position donnée au fœtus. L'attitude couchée sur le côté, le ventre appuyant sur un coussin, la contention de l'abdomen par un bandage de corps serré sont des moyens d'une inefficacité complète. En 1848, un praticien dont nous avons le regret d'ignorer le nom (observation citée sans nom d'auteur dans la thèse de M. Réal, Paris, 1852), imagina un procédé que je demande la permission de rappeler ici. Il s'agit d'une dame qui à ses deux premières grossesses avait eu une présentation de l'épaule, la version fut difficile et les enfants moururent. Une troisième grossesse s'étant manifestée, le praticien en question chercha à prévenir la récidive de la présentation de l'épaule de la manière suivante : « Je conseillai, dit-il, l'emploi d'un double bandage à pelotes, dont le ressort était disposé pour produire une pression transversale sur les parois latérales de l'utérus. A mesure que la grossesse avança, on augmenta le volume de la pelote ; mais on supprima bientôt le ressort et on se borna à mettre un bandage de corps suffisamment serré par-dessus les deux pelotes latérales. Ce bandage resta appliqué même pendant la nuit, jusqu'à la fin de la grossesse. Le succès couronna complètement nos efforts, et la dame accoucha heureusement d'un garçon qui présenta le sommet. » M. Pinard est arrivé au même but par l'emploi chez sa malade d'une ceinture spéciale. Il serait à désirer que cette ceinture fût mieux connue, afin d'en vulgariser l'usage.

Enfin, Messieurs, mentionnons en terminant un dernier point du travail que nous analysons. L'auteur appelle l'attention sur « la cessation des douleurs ressenties par la femme aussitôt après la fixation de la tête en bas ». Il explique ce phénomène qu'il a, dit-il, observé 5 fois, par le changement de position de la tête qui comprimait douloureusement le fond de l'utérus avant que la présentation du siége fût changée. Cette explication ingénieuse demande certainement de nouveaux faits pour être acceptée.

Nous avons vu trop de grossesses avec une présentation du siége avoir jusqu'au terme un cours régulier et indolent, pour admettre que la situation de la tête vers le fond de l'utérus produise, à l'état normal, une douleur quelconque. Si cette douleur existe dans quelques cas, elle est exceptionnelle. Elle tient plutôt à un état maladif de la paroi utérine qu'à la présentation elle-même, et elle cesse plutôt sous l'influence du repos et de la contention égale de l'abdomen avec une ceinture que par la substitution du pelvis et des membres inférieurs à l'extrémité céphalique.

(*Séance du 4 juillet 1877, Bull. de la Soc. de chir.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Clinique des nouveau-nés. — L'athrepsie, par J. Parrot, professeur de la Faculté de médecine de Paris. Leçons recueillies par M. le Dr Troisier. 1 vol. in-8, avec 13 planches, dont 4 en couleur. Paris, 1877, G. Masson, éditeur. Prix : 18 fr.

Que faut-il entendre par *athrepsie* et pourquoi ce néologisme ? Telle est la première question que nous nous sommes posée en voyant pour la première fois le remarquable ouvrage de M. Parrot. Mais, comme le dit lui-même l'éminent professeur, la question n'est pas de celles auxquelles on répond facilement. Pour comprendre le titre, il faut lire le livre tout entier ; c'est ce que nous avons fait, et nous devons dire que cette lecture a été pour nous des plus fructueuses.

Voici, du reste, comment l'auteur explique sommairement l'origine et la publication de son travail :

« L'étude d'un certain nombre d'affections très-communes chez les nouveau-nés, tels que la diarrhée, les vomissements, le muguet, les ulcérations buccales et cutanées, l'erythème, l'endurcissement, les convulsions etc., m'y a fait apercevoir des marques incontestables de parenté. J'ai vu qu'en toute circonstance elles procédaient d'une origine unique, et que, variables dans leur nombre, mais invariables dans leur succession, elles étaient disposées dans un ordre typique.

A de tels caractères, j'ai reconnu qu'il y avait là une *maladie*, certainement très-ancienne mais jusqu'ici méconnue. En la déterminant pour la première fois, je devais lui donner un nom ; j'ai proposé celui d'athrepsie formé de la particule primitive α et du mot θρέψις qui signifie nutrition ; parce que ces divers épisodes sont reliés entre eux, gouvernés, expliqués par un phénomène qui en est l'essence même, à savoir : un trouble profond du travail nutritif. »

Après cette explication du néologisme, aussi satisfaisante que possible, M. Parrot présente d'abord la maladie dans son ensemble, dans lequel se trouvent groupés en trois périodes distinctes, les divers symptômes constitutifs. Nous allons retracer, d'après l'auteur, ce tableau que reconnaîtront tous ceux qui ont assisté à cette lente agonie d'un enfant placé dès sa naissance dans des conditions nutritives défavorables.

Dans la première période, le fait initial est une modification des garde-robes, qui, plus répétées et plus molles qu'à l'état normal, cessent d'être jaunes et homogènes, pour présenter des grumeaux blancs

et des stries verdâtres. En même temps, la quantité des urines diminue et leur couleur se fonce. La soif est plus vive, et, par ses cris, l'enfant demande plus souvent à la satisfaire; mais il est vite rassasié, et malgré la fréquence des tétées, la quantité de lait qu'il boit est inférieure à la dose normale. Il est rare que le pouls s'accélère et que la température s'élève; toutefois, cela peut avoir lieu, mais la modification est si peu considérable, qu'il est malaisé de la constater.

La seconde période est caractérisée par une aggravation de tous les accidents. Les selles se multiplient, sont très-aqueuses, d'une odeur souvent très-forte et repoussante; on y trouve beaucoup de grumeaux d'un lait à peine attaqué par la digestion, et de la bile, qui parfois constitue avec du mucus presque toute la garde-robe. Il survient des régurgitations laiteuses, qui répandent une odeur acide, butyreuse et ne tardent pas à être suivis de vomissements. La muqueuse buccale rougit, tend à se sécher et l'on voit apparaître, à la surface de la langue, du muguet sous la forme d'un petit semis blanc qui bientôt couvre les autres régions de la bouche, et y forme de larges plaques blanches. Il n'est pas rare de constater des ulcérations sur divers points de la bouche, notamment sur le frein de la langue, sur celui de la lèvre inférieure, et en arrière sur la voûte palatine. L'appétit est notablement diminué et il semble que l'enfant soit comme fatigué du sein. Il le prend mollement et le quitte après y avoir pris seulement quelques gorgées de lait. Presque toujours alors la peau des fesses, des cuisses, des bourses ou des grandes lèvres est couverte d'une éruption érythémateuse. Chez la plupart des malades, la température, d'une instabilité tout à fait particulière, subit des variations qui peuvent dépasser deux degrés; chez d'autres elle prend assez régulièrement une marche décroissante.

La troisième période, l'athrepsie confirmée, est caractérisée par un trouble si profond de la nutrition et par des lésions viscérales si considérables, que le retour de la santé est désormais impossible. A ce moment, tout, dans l'état de l'enfant, prend un aspect sinistre qui frappe l'œil le moins exercé, et ne peut ne laisser aucun doute sur sa fin prochaine. Les symptômes précédemment indiqués s'accentuent notablement et d'autres viennent s'y ajouter, qui donnent au mal une physionomie nouvelle.

Si, par une sorte de mouvement instinctif, l'enfant saisit encore le sein, ses lèvres y restent fixées à peine durant quelques secondes; il s'en retire bientôt en jetant un cri. S'il accepte encore le biberon ce n'est que pendant un temps très-court; il ne tarde pas à le refuser, et, incapable de tout effort, il ne boit plus qu'à la cuiller. Repoussant le lait, il finit par ne plus prendre que quelques gouttes d'eau sucrée.

Les évacuations alvines, d'ordinaire multipliées et d'une fétidité extrême, peuvent au contraire diminuer et même parfois reprendre un aspect à peu près normal.

La suppression des urines est habituelle; quand elles s'écoulent encore, c'est en proportion très-minime et l'on y constate la présence de l'albumine.

Le cœur s'affaiblit, ses bruits s'éteignent, ses battements se ralentissent, et, à l'approche de la mort, ses pulsations peuvent s'abaisser à 60 et même à 40. La circulation n'est pas moins affectée à la périphérie qu'au centre, comme l'indiquent la cyanose des extrémités et la teinte livide de la peau. Les centres nerveux participent au processus morbide; on observe presque toujours une atrésie marqué des pupilles accompagnée de strabisme divergent; quelques malades sont atteints de convulsions partielles et toniques. Quand les choses en sont arrivées là, la vie peut cesser d'un instant à l'autre; la mort arrive sans secousses, car les derniers troubles morbides ont tellement altéré l'organisme que la cessation de la vie se fait sans transition.

Après cette esquisse des symptômes de l'athrepsie, esquisse que nous avons presque entièrement reproduite, M. Parrot entre dans le détail et reprend un à un les différentes lésions et états pathologiques qui caractérisent la maladie. C'est ainsi qu'il consacre plusieurs leçons à l'étude des lésions de la peau et de la bouche, du muguet de la bouche, de l'estomac et de l'intestin. Les lésions de l'encéphale sont ensuite étudiées, puis celles des poumons et des reins.

Enfin, une importante leçon est consacrée au traitement de l'athrepsie. L'auteur y expose avec clarté et méthode les ressources thérapeutiques dont nous disposons pour combattre la terrible maladie. Ces ressources pour n'être pas variées, n'en sont pas moins efficaces et se rapportent toutes à un seul point : l'alimentation. « Tout nouveau-né doit être alimenté par sa mère, ou, à son défaut, par une nourrice étrangère, et le lait qu'il tire du sein doit être son unique aliment. » Tel est le précepte formulé et développé par M. Parrot. L'alimentation naturelle, c'est là le remède héroïque de l'athrepsie.

Nous reprocherons néanmoins à l'auteur de n'avoir pas donné à cette partie de son ouvrage les développements en rapport avec ceux contenus dans les chapitres consacrés à la physiologie, à la symptomatologie et à l'anatomie pathologique.

Sans doute, le savant professeur ne pouvait, dans ce chapitre, reproduire tout ce qui a été dit sur l'allaitement, mais nous aurions aimé trouver dans son livre de plus grands détails sur la thérapeutique de la première enfance. Hâtons-nous cependant de dire que le traitement est exposé avec une méthode qu'il est rare de rencontrer dans les autres traités de pathologie infantile.

Nous ne pouvons terminer ce compte-rendu sommaire sans appeler

l'attention sur les remarquables planches d'anatomie pathologique qui sont placées à la fin de cet ouvrage. On peut dire, sans crainte d'être taxé d'exagération, que rien d'aussi beau, n'a été publié jusqu'à ce jour. Au point de vue scientifique aussi bien qu'au point de vue purement artistique ces planches constituent le *nec plus ultra* du genre. L'ensemble du livre est, du reste, une merveille d'exécution typographique; nous devons donc, après avoir exposé le contenu de ce livre qui fait le plus grand honneur à la médecine française, rendre hommage à l'éditeur, M. G. Masson et au dessinateur, M. Renaudot, qui ont contribué, pour une large part, à faire de cet ouvrage, une des plus belles publications scientifiques de notre époque.

Dr LUTAUD.

Etude sur une forme d'adéno-lymphite péri-utérine, par le Dr Georges MARY (thèse de Paris, 1877). — Pendant une année passée à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Alphonse Guérin, l'auteur a eu l'occasion d'observer un certain nombre de femmes présentant les symptômes attribués au phlegmon du ligament large, à la pelvi-péritonite, à l'ovarite, et d'autres chez qui l'affection pelvienne, une fois analysée, ne pouvait rentrer dans aucun de ces cadres.

C'est cette dernière catégorie de faits que l'auteur a étudiée tout spécialement et qui font le sujet de son travail. M. Mary, après avoir rappelé les travaux intéressants de Lucas Championnière (thèse de Paris, 1870), de Fioupe, de Auger (thèses de Paris, 1876), qui ont trait presque exclusivement à l'inflammation des lymphatiques, à la suite de l'accouchement, fait remarquer qu'il existe des cas, en dehors de la parturition, où les lymphatiques et les ganglions qui proviennent de l'utérus et du vagin, sont susceptibles de s'enflammer et de donner lieu à des accidents graves.

Les causes de cette inflammation qu'il désigne sous le nom d'adéno-lymphite péri-utérine, sont, outre celles qui sont inhérentes à l'accouchement : la blennorrhagie, les chancres du col de l'utérus, l'application des sangsues sur le col, la métrite aiguë, les cautérisations du col.

L'auteur a remarqué que l'engorgement ganglionnaire siége plus particulièrement du côté des ganglions, situés au niveau du trou obturateur.

La maladie se caractérise par une douleur au niveau du canal crural, par une tumeur immobile collée au pubis, se dirigeant vers l'anneau crural, et cédant rapidement sous l'influence des révulsifs. La tumeur remonte au-dessus du pli de l'aine contre la paroi abdominale antérieure, par suite du décollement facile du feuillet pariétal

du péritoine; circonstance que le phelgmon ordinaire du ligament large permettrait difficilement de comprendre.

Dans l'adéno-lymphite le ventre conserve sa souplesse; le péritoine n'étant que très-légèrement atteint, et s'accompagne de phénomènes lymphatiques peu accentués.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'ulcération chronique de l'urèthre chez la femme, par le Dr E. Odmanson. — L'auteur cite quatre cas de cette affection qui avait été déjà sommairement décrite par West (*Lectures on the Diseases of Women*, 1853, p. 203-205). Elle commence à la partie antérieure de l'urèthre par un gonflement, qui ensuite s'étend au canal dans toute sa longueur. La surface de la partie gonflée est inégale, très-pâle, ayant l'aspect de la cire, les tissus sont durs, rigides, transparents, et l'ouverture uréthrale est irrégulière et dilatée. L'ulcération commence à l'ouverture du canal de l'urèthre. Pendant son cours, elle occupe surtout la paroi supérieure de l'urèthre, de sorte que celle-ci peut être détruite en majeure partie, tandis que la partie antérieure seulement de la paroi inférieure se trouve détruite. La sécrétion du canal uréthral est fort insignifiante avant que l'ulcération se soit produite, comme dans les intervalles, quand la plaie est guérie. Dans un des cas, qui est encore en traitement. il s'est manifesté un œdème chronique, qui a commencé dans une des grandes lèvres, et a gagné peu à peu toute la vulve et le périnée; les glandes inguinales étaient gonflées et dures.

Les malades peuvent, tant au commencement de la maladie qu'à plusieurs reprises après, avoir des rétentions d'urine, et éprouver de la douleur en urinant; mais en général cette maladie se distingue par la très-grande insignifiance des symptômes subjectifs auxquels son cours donne lieu. C'est ce qui fait que les malades n'y attachent pas grande attention, et ne se soumettent pas dès le début à un traitement. Quand la maladie est fort avancée, il peut survenir une impuissance du sphincter de la vessie, soit accidentelle sous l'influence d'une exacerbation de la maladie, ou d'un état général de faiblesse ayant une autre cause, soit d'une manière durable.

A l'examen microscopique de la partie malade l'on constate une hyperplasie considérable de l'épithélium, au milieu duquel s'est développée une couche puissante de cellules dentelées, pendant que des cellules semblables aux corpuscules de pus, probablement se rendant des tissus inférieurs à la surface, se trouvent çà et là parmi l'épithélium, toutefois en quantités différentes en différents cas. En

outre, dans la muqueuse et la sous-muqueuse, affluent un nombre considérable de cellules de formes diverses, depuis les cellules ressemblant aux corpuscules de pus jusqu'aux cellules rayonnées avec de longues ramifications.

West considère la maladie comme de nature syphilitique, sans toutefois défendre résolument cette opinion. Dans un seul des 6 cas cités par lui se sont produits des symptômes de syphilis, concurremment avec l'affection uréthrale. Dans 3 des cas de l'auteur les malades avaient eu la syphilis, dans le quatrième le fait ne put être décidé avec certitude. Dans un cas où l'affection uréthrale s'était produite concurremment avec une syphilis déjà ancienne, la première ne fut influencée en aucune façon par le traitement mercuriel employé contre la syphilis, et dans ce cas comme dans les autres, la plaie du canal uréthral se guérit temporairement ou définitivement sans qu'on eût recours à un remède spécifique. Ni les signes microscopiques de la maladie, ni ses caractères macroscopiques ne peuvent faire conclure à la syphilis. L'auteur par conséquent ne croit à aucune connexion entre lesdites plaies et la syphilis. Elles semblent n'être dues qu'à un simple processus inflammatoire chronique de toute la paroi de l'urèthre, avec une hyperplasie très-considérable de l'épithélium.

Quant à l'étiologie de la maladie il est à remarquer que, dans tous les cas de l'auteur, comme dans 4 des cas de West, par conséquent dans 8 cas sur 10 les malades étaient des prostituées. Les frottements continuels exercés sur cette partie du corps produisent probablement un état d'irritation, lequel donne lieu au processus morbide.

La maladie a une durée très-longue et elle peut même persister pendant des années. Parfois sous l'influence d'un traitement convenable la plaie peut se guérir, mais pour se rouvrir de nouveau quand la patiente revient à la prostitution. A en juger par les cas connus jusqu'ici, la maladie ne cesserait pas avant la destruction de la plus grande partie du canal uréthral; mais, par suite de cette circonstance que dans le commencement l'ulcération peut se guérir sans grandes difficultés, il semble que le pronostic ne doit pas être si mauvais. Pour prévenir l'irritation constante de la partie malade, suite du mode de vie des prostituées, les patientes doivent, s'il est possible, être en traitement longtemps après la guérison de la plaie. Il serait bon peut-être d'extirper toute la partie malade, si celle-ci est restreinte à la partie antérieure du canal uréthral. Dans tous les cas on peut hâter la terminaison du processus en coupant les fragments irréguliers, parfois polypiformes, de la partie antérieure du canal uréthral, qui pendant le cours de l'ulcération ont pu rester. Dans un des cas de West, un usage prudemment répété du cautère

actuel a été avantageux. (*Nordeskt medicin Arkiv.* Band IX, n° 14, 1877.)

Dr Lutaud.

VARIÉTÉS

Quelques détails sur les hôpitaux d'accouchements à Londres. — Il y a quatre hôpitaux d'accouchements à Londres, dont le plus grand ne contient que 50 lits. Ces hôpitaux sont : 1° le *British Lying in Hospital*, fondé en 1749, qui renferme 25 lits ; 2° le *City of London Lying in Hospital*, fondé en 1750, avec 42 lits ; 3° le *Queen Charlotte's Lying in Hospital*, fondé en 1752, contenant 50 lits ; et 4° le *General Lying in Hospital*, fondé en 1765, qui se compose de 30 lits. Le total des accouchements dans ces quatre hôpitaux ne monte qu'à 1243 à peu près, c'est-à-dire il ne fait qu'égaler le total des *Rotunda Hospital*, à Dublin, où il y a 1200 accouchements par an. Il y a pourtant une maternité externe adjointe à tous les hôpitaux d'accouchements de Londres, où le service est assuré par des sages-femmes, qui vont chez les femmes pour les accoucher. Quand quelque difficulté se présente, les sages-femmes envoient chercher un des médecins de l'hôpital auquel elles sont attachées. La mortalité des mères dans les maternités externes est assez faible : la moyenne est de 1 sur 1000. La moyenne d'accouchements dans les maternités externes des hôpitaux est : au *British Lying in*, 800 ; au *Queen Charlotte's*, 600 ; au *General Lying in*, 800 ; au *City of London Lying in*, 600. Quant à l'enseignement de l'obstétrique dans ces hôpitaux, il est réservé pour les sages-femmes. Cependant on reçoit dans le *Queen Charlotte's* un médecin interne, et dans le *Genéral Lying in* deux élèves internes, ce qui pour les étudiants en médecine est bien peu de chose. Tous ces hôpitaux, comme la plupart des hôpitaux en Angleterre, sont entretenus par la charité publique. Les individus qui donnent de l'argent à ces hôpitaux ont le droit d'y faire entrer une ou deux femmes par an, suivant la somme qu'ils fournissent, et d'en faire aussi accoucher quelques-unes dans les maternités externes. Les accouchements se font par les sages-femmes élèves qui demeurent dans les hôpitaux. En cas de difficulté, on appelle le médecin. A l'hôpital *Queen Charlotte*, les sages-femmes demeurent toutes dans la ville ; lorsqu'il y a un accouchement, une sage-femme arrive dans l'hôpital pour le faire. On ne reçoit dans ces hôpitaux que des femmes mariées, excepté dans le *Queen Charlotte's*, où on reçoit aussi les femmes non mariées. A Londres, le monde est d'une rigueur extrême pour les pauvres filles

qui ont eu le malheur de devenir enceintes sans être mariées. La Maternité royale de Londres, qui fait les accouchements dans la ville par l'intermédiaire de sages-femmes, sous la direction de ses médecins, donne des soins à environ 3000 femmes par an. Elle n'assiste que les femmes mariées. Je ne prétends pas discuter ici ni la justesse ni l'humanité d'un pareil système.

La mortalité dans les hôpitaux d'accouchements à Londres, en général, n'est pas excessive. Toutefois il y a quelques médecins qui veulent qu'on les ferme tout à fait, et qui se plaisent à décrier ces hôpitaux. La mortalité dans le *British Lying in*, pendant l'année 1876, était de 1 pour 155 accouchements. Dans le *City of London Lying in*, en 1876, il y avait 9 morts dans 408 accouchements. Dans le *Queen Charlotte's Lying in*, en 1876, il y avait 19 morts pour 416 accouchements. Cette mortalité nécessite quelques explications. Jusqu'en 1876, les médecins à *Queen Charlotte's* n'avaient pas une autorité suffisante dans la direction de l'hôpital, qui était presque sous la direction d'une sage-femme. On a toujours reçu dans cet hôpital des femmes non mariées, ce qui augmente considérablement la mortalité. Dernièrement, la direction de *Queen Charlotte's* est devenue plus sage, et a donné aux médecins une plus grande part d'autorité. Cet hôpital est entouré d'un petit jardin, ce qui permettrait aisément de le faire modifier selon le système du pavillon du professeur Tarnier, à Paris, système qui garantit si bien contre la transmission des maladies septiques.

Il n'y a pas de salles d'accouchements dans les hôpitaux généraux de Londres. Il y a pourtant deux médecins, pour l'obstétrique et les maladies des femmes, adjoints à tous ces hôpitaux, qui contiennent tous du reste une salle pour les maladies des femmes. Les étudiants des hôpitaux de Londres font leur instruction obstétricale, en accouchant des femmes dans les environs des hôpitaux. En cas de difficulté, ils appellent le chef de clinique, qui à son tour peut réclamer l'assistance du médecin accoucheur. En 1862, les autorités du *King's College Hospital* ont ouvert, malgré l'avis du Dr Farre, qui en était le médecin, une salle d'accouchements.

Voici ce qui arriva dans cette salle d'accouchements dans un hôpital général.

En 1862, 97 accouchements, 3 morts.
En 1863, 105 accouchements, 2 morts
En 1864, 141 accouchements, 3 morts
En 1865, 163 accouchements, 5 morts.
En 1866, 150 accouchements, 5 morts.
En 1867, 125 accouchements, 9 morts.

Alors on la ferma. On voit par ces chiffres que la mortalité augmentait tous les ans.

Lorsque mon père, le Dr Robert Barnes, était médecin accoucheur à Saint-Thomas, les autorités ont aussi voulu ouvrir une salle d'accouchements. Le Dr R. Barnes s'y opposait absolument, et déclara même que, quand ils ouvriraient une telle salle, il renoncerait à ses fonctions. On céda à ses remontrances, et la salle ne fut pas ouverte.

Quant aux étudiants en médecine à Londres, il n'y a ni une clinique d'accouchements, ni aucun lieu où les professeurs puissent leur démontrer les manœuvres obstétricales. Ainsi, ils apprennent l'obstétrique, malgré des difficultés considérables. L'enseignement clinique de la palpation, qui est si bien pratiqué à Paris, est inconnu ici des étudiants. Du reste, l'étude de l'obstétrique n'est pas comprise dans l'examen pour le diplôme du Collége royal des chirurgiens de Londres, diplôme qui donne le droit de pratiquer comme médecin et comme accoucheur.

Dr Fancourt Barnes,
Médecin au *British Lying in Hospital* de Londres.

Traitement des métrorrhagies par les injections sous-cutanées d'ergotine. — L'action de l'ergot de seigle sur l'utérus est connue depuis longtemps, de nombreux exemples d'arrêt d'hémorrhagies utérines par cette substance administrée à l'intérieur, ont été publiés dans la presse française et étrangère. A la séance du 11 juillet de la Société de thérapeutique, M. Moutard-Martin a préconisé l'ergotine en injections hypodermiques comme étant le mode de traitement le plus actif des hémorrhagies en général mais surtout des métrorrhagies.

M. Moutard-Martin emploie la solution suivante :

R. Ergotine........................ 2 grammes.
Glycérine........................ 30 —
M.

dont il injecte 1 à 2 grammes.

On observe parfois de la douleur, mais jamais d'abcès.

M. Bucquoy emploie également cette substance contre les hémorrhagies, même contre celles qui sont liées à l'existence d'un cancer utérin. Voici la formule employée par M. Bucquoy :

R. Ergotine........................ 2 grammes.
Eau .... } āā 15 grammes.
Glycérine .... }
M.

Nous apprenons que l'intelligent et sympathique directeur de la Maternité, M. Francière, quitte cet établissement pour prendre la direction de l'hospice de Bicêtre. Tout en le félicitant de l'avancement qu'il vient de recevoir, nous le regrettons pour le personnel de la Maternité.

Enseignement libre.

MM. Budin et Pinard recommencent le 15 novembre prochain, à 4 h. 1/2, leurs cours d'accouchements.

Policlinique de chirurgie des femmes, du Dr Berrut, rue de Bellechasse, 29.

Du 1er novembre au 31 août :

Le jeudi à 9 heures du matin : consultations libres.

— 11 — leçon clinique libre.

La première leçon aura lieu le 8 novembre ; elle sera consacrée à l'examen de la question du *secret médical* devant les tribunaux :

1° Dans le cas de déclaration de naissance ;

2° Dans le cas de témoignage.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

La production du bassin rachitique, par H. Fehling (*Arch. f. Gyn.*, t. XI, p. 173).

Sur la persistance des vaisseaux omphalo-mésaraïques, par Ahlfeld (*Arch. f. Gyn.*, t. XI, p. 184).

Traitement des convulsions puerpérales, par Russell (*the Dublin journal*, juillet 1877, p. 77.)

Nouvelle substance pour opérer la dilatation du col, par le Dr Sussdorff (de New-York), (*the Medical Record*, 14 juillet 1877, p. 436).

Cas de péritonite idiopathique accompagnant le travail de l'accouchement, par Ayer. (*Boston med. and surg. Journal*, 25 mai 1876, p. 591.)

Anatomie et physiologie comparée du placenta, pau Chapman. (*American supplement to the obstetrical journal*, mars 1876.)

Deux cas de rétention du placenta dans l'avortement de la première moitié de la grossesse. Expectation dans le premier cas ; délivrance artificielle dans le second. Guérison, par le Dr Triare (de Tours), (*Gazette des Hôp.*, 10 avril 1877).

Rétroversion de l'utérus gravide, par le Dr H.-J. Scott (*Bristish med. Journal*, 7 avril 1877, p. 423).

Injections intra-utérines dans l'hémorrhagie post-partum, par Samuel W. Torrey (*Boston med. and surg. Journal*, 26 juillet 1877).

Rétention du placenta dans un cas d'avortement, délivrance artificielle ; guérison, par M. le Dr Beltz, de Reims. (*Gazette des hôpitaux*, 1877, p. 740.)

L'érysipèle et la fièvre puerpérale, par le Dr John M. Crocker. (*Boston med. and surg. Journal*, 2 août 1877.)

Calculs vésicaux chez la femme. (*Dublin obstetrical Society.* In *Dublin journal*, juin 1877, p. 576.)

Transfusion dans l'hémorrhagie post-puerpérale, par le Dr Lombe Atthill. (*Dublin obst. Society.* In *Dublin journal*, juin 1877, p. 578.)

Elongation hypertrophique du col de l'utérus ; écrasement linéaire ; emploi d'un hystéromètre nouveau, par M. le Dr Créquy, *Gazette obst. de Paris*, 20 octobre 1876).

Salivation excessive dans le cours de deux grossesses successives, présentation de la faee en première position. Rotation au moyen du forceps, enfant vivant, par le Dr W. L. Richardson. (*Boston med. and surg. Journal*, 12 juillet 1877.)

Vaginisme consécutif à la turgescence spasmodique du clitoris, par le Dr James R. Chadwick (*the American Practitioner*. juillet 1877).

Les Annales de Gynécologie ont reçu :

Chirurgie journalière des hôpitaux de Paris ; Répertoire de thérapeutique chirurgicale, par le Dr Gillette. Paris, 1878, 1 vol. in-8, 772 pages, avec 662 figures, cart. Prix 12 fr., chez J.-B. Baillière et fils.

De l'allaitement artificiel, par le Dr Joannès Grangé, 1e note. 1 broch. in-8°. Librairies Frédéric Henry et A. Viollet,

Ueber placenta prævia, par le Dr Georg. Czarda. Extrait de *Wiener mediz. Presse*, 1877.

Dystocie spéciale dans les accouchements multiples, par le Dr Besson, ancien interne des hôpit. de Paris. Thèse de Paris, 1877.

Emploi sur le vivant du Lamineur céphalique du Dr Wasseige (de Liége). Manceaux, éditeur à Bruxelles.

Craniotomia nella pratica ostetrica, par le Dr Giuseppe Berruti, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Turin.

Sages-femmes, par le Dr Lutaud (article extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

Beretning om Bevægelsen paa födselsstiftelsen I, 12 — *Aarstidsrummet fra* 1864-1875, par le Dr Faye (de Christiana).

Le Rédacteur en chef, gérant : A. Leblond.

A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médec, rue M.-le-Prince, 29-31

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Décembre 1877.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE L'ANESTHÉSIE HOMŒOPATHIQUE.

OU DEMI-ANESTHÉSIE

dans les accouchements naturels.

Par le professeur Pajot.

Quand Simpson eut l'idée d'appliquer le chloroforme aux accouchements naturels, il pensa créer un procédé scientifique et sérieux et il imagina une pratique et un mode d'administration conformes au but qu'il se proposait. Ce but il l'atteignit.

Commençant l'inhalation par de fortes doses, laissant s'amoindrir l'anesthésie dans l'intervalle des contractions et ramenant ensuite l'insensibilité, au degré voulu, par des doses faibles, c'était, comme il convenait à ce cas particulier de douleurs intermittentes, c'était, mitigé, amoindri, espacé, le procédé chirurgical, et Simpson pouvait dire, avec raison, qu'il

n'était pas nécessaire dans les accouchements naturels de maintenir une insensibilité aussi profonde ni aussi constamment complète, qu'on le fait en médecine opératoire.

Que ce procédé fût efficace, personne ne songerait à le nier, mais qu'il ne présentât aucun danger, c'est autre chose.

Les médecins, continuateurs prétendus de son mode d'anesthésie, ont bien compris le péril, et songeant à l'éviter, en supprimant la partie principale, ils ont dénaturé le procédé jusqu'à le rendre illusoire.

Aux doses fortes du début, ils ont substitué les doses faibles jusqu'à la fin, méconnaissant ainsi ce grand et fécond principe de thérapeutique, à savoir : que pour de nombreux médicaments actifs, l'action ne grandit pas seulement avec la dose, mais cette action change de nature. Qu'ainsi, à une quantité *double* ou *triple* ne répond pas une *même* action *doublée* ou *triplée*, mais un effet qui diffère, non point uniquement par son énergie, mais plus encore par son mode.

Simpson obtenait l'action avec le danger, ses continuateurs, en supprimant le danger, ne s'aperçurent pas qu'ils n'atteignaient plus jusqu'à l'action.

Nous ne reviendrons pas sur les preuves de cette assertion, on les trouvera dans le mémoire sur le chloroforme publié dans les *Annales de gynécologie* (janvier 1875.)

Si, par hypothèse, avec une dose représentée par *un*, on obtenait l'anesthésie équivalent à *un*, et avec une dose représentée par *deux*, l'anesthésie équivalant à *deux*, et ainsi de suite, le procédé demi-anesthésique, plus justement nommé homœopathique, serait irréprochable.

Existe-t-il un seul médecin pensant que les choses se passent ainsi ?

Tous nos confrères aujourd'hui ont assez manié ou vu manier le chloroforme pour avoir constaté, nombre de fois, combien l'hypothèse précédente est éloignée de la vérité.

Au reste, le chloroforme se comporte avec l'organisme comme le font la plupart des substances actives, mais dans un temps relativement très-court, en raison de l'énergie et de la fugacité de son action.

Quand on administre *cinq centigrammes* de calomel en vingt paquets, ou *un gramme* d'une seule fois, obtient-on par la seconde dose vingt fois le même effet qu'avec la première?

L'opium donné à un centigramme produit-il une action pareille, mais quinze fois plus faible, qu'une dose de quinze centigrammes d'un seul coup ?

Dix centigrammes de tartre stibié, pris en une fois, agissent-ils autrement que cinq centigrammes dans un litre de liquide ou trente centigrammes dans une potion prise par cuillerées?

L'alcool, le chloroforme produisent-ils..... mais à quoi bon prouver davantage ce qu'aucun médecin ne conteste. Les quantités massives de presque toutes les substances n'augmentent point la *même* action proportionnellement à la dose. Le *mode*, la *nature* de l'effet sont profondément changés. Ils ne sont pas uniquement *grossis*, ils sont *différents*.

Tout le monde médical le sait aujoud'hui, avec une anesthésie graduée, des phénomènes dissemblables apparaissent successivement et en commençant par les plus faibles doses et en tenant compte, bien entendu, de l'impressionnabilité diverse des femmes, voici à peu près ce qu'on observe.

Premier degré. — Avec *une* dose (la plus faible). Action presque nulle ou étourdissements légers, intégrité de la vie de relation.

Deuxième degré. — Excitation modérée, parfois nausées, toux, conservation de la sensibilité et des fonctions sensoriales.

Troisième degré. — Grande excitation, mouvements désordonnés, loquacité, cris, hallucinations, conservation de la sensibilité, mais plus obtuse.

Quatrième degré. — Anesthésie chirurgicale. Insensibilité, résolution, abolition de la vie animale, intelligence, fonctions des sens. Intégrité de la vie organique.

Cinquième degré. — Atteinte à la vie organique.

Sixième degré. — Saturation, mort. (1)

Et qu'on veuille bien le remarquer, cette marche ascendante

---

(1) Ce qui n'implique pas que la mort ne puisse survenir tout autrement *et dès les premiers degrés*. Nous l'avons dit dans notre premier travail.

avec sa diversité de phénomènes, on la retrouve, le plus souvent, en redescendant *graduellement* de l'*anesthésie chirurgicale* jusqu'au premier degré.

Mais ces diverses phases, si différentes, plus encore par leurs manifestations que par leur intensité, il faut pour les observer, procéder par de faibles doses d'abord.

Avec des quantités massives, dès le début, on arrive très-rapidement à l'anesthésie *vraie*, en supprimant tout degré intermédiaire. Qui n'a rencontré, il y a vingt ans, des médecins encore novices, s'arrêtant effrayés à la vue de la période d'excitation, retirant la compresse et augmentant ainsi, à leur insu, les symptômes qu'ils voulaient faire cesser, tandis qu'avec une dose plus forte, la femme entrait aussitôt dans la période de calme et d'insensibilité.

Enfin, pour nous, les termes de la question sont contradictoires.

Ou bien — anesthésie et alors danger,— ou bien pas de danger, mais alors simulacre d'anesthésie. Parodie. Façon de faire prendre patience. Amusement des femmes et tranquillité des parents,— soit; — alors qu'on le dise. On pourra s'entendre.

Ces considerations seront, ce nous semble, un nouvel appui pour les démonstrations et les conclusions de notre mémoire, cité tout à l'heure. (*Janvier* 1875.)

Nous opposions alors ce mémoire à un travail paru dans le *Journal de thérapeutique* de M. le professeur Gubler, notre savant collègue.

Les professeurs de la Faculté de Paris, collaborateurs du *Dictionnaire encyclopédique,* y étaient attaqués, ainsi que le monde médical français, par un médecin étranger dont les études se sont faites parmi nous.

Il reprochait aux professeurs actuels de l'Ecole française « *d'être mal disposés* » envers l'anesthésie et il s'étonnait de voir tomber « *sous l'indifférence du public médical français l'emploi du chloroforme dans la pratique des accouchements.* »

Il n'était pas difficile de démontrer combien le reproche était peu fondé pour l'anesthésie *vraie sérieuse* et *scientifique*, mais l'auteur de ce reproche entendait parler d'une *prétendue demi-*

anesthésie, d'une *anesthésie homœopathique* qu'il exposait avec ses erreurs, ses naïvetés et tout son cortége d'illusions et d'approbations des femmes et des familles.

Or, voici un point qui nous touche personnellement. Dans notre mémoire publié dans ce journal, sur VINGT-CINQ à TRENTE citations *textuelles* et *loyales*, il s'est glissé, par erreur, UN MOT pour un autre, dans UNE des citations. Ce mot n'a rien changé, au fond de la pensée. Nous avons mis *très-bien*, où on avait écrit *assez bien*. Et dans une récente publication que l'auteur appelle, *Considérations nouvelles sur l'anesthésie obstétricale*, on lit : « *J'ai écrit dans mon premier mémoire une phrase qui* PAR LA CONSTRUCTION ET LE SENS SE RAPPROCHE BEAUCOUP, *si l'on veut, de celle que mon honorable contradicteur m'oppose dans son réquisitoire.* »

On voit que, de l'aveu de l'auteur, notre erreur ne faisait pas méconnaître sa pensée, mais nous tenons à donner pleine et entière satisfaction à notre confrère. Nous allons rétablir dans ce même journal *son texte dans son intégrité*, puis nous ne changerons *pas une syllabe* à notre appréciation. Si la critique porte à faux, oui, nous aurons dénaturé son opinion, et bien que ce soit par erreur, nous lui ferons nos excuses.

Voici le passage entier. Ce qui est en *italique* appartient *textuellement* à notre confrère.

« La période douloureuse du travail pouvant varier de une à quarante-huit heures et plus, donner le chloroforme pendant un pareil temps, il n'y fallait pas songer. Aussi les prôneurs de la demi-anesthésie déclarent ne consentir à l'employer que dans la période d'expulsion.

« Or la période d'expulsion étant, dans les accouchements naturels, chez les primipares, comme 1 est à 3 ou 4 ; chez les multipares, comme 1 est à 5 ou 6 et même parfois 1 à 9 ou 10 ; voilà déjà la période demi-anesthésique singulièrement réduite.

« Il est vrai que le premiers tiers du temps de la dilatation est accompagné de douleurs faibles, mais on reste véritablement stupéfait quand on entend les accoucheurs à chloroforme dé-

clarer la période de dilatation « *être dans la très-grande majorité des cas* ASSEZ BIEN *supportée par les femmes.* »

« Pour la seconde moitié de la dilatation, cette proposition est contraire à l'observation de tous les temps et de tous les classiques ; c'est vers l'achèvement de la dilatation qu'on est témoin de ces profonds découragements, de la production de ces idées funèbres auxquels viennent se joindre l'état nauséeux, les vomissements souvent, et ce malaise inexprimable causé par des douleurs d'un caractère tellement irritant, agaçant, que tout le moral et l'intellect en sont ébranlés. Pas une femme un peu intelligente qui ne le dise.

« En vérité, on se demanderait à quelle école ont observé ces accoucheurs, si, quelques pages plus loin, ils ne se contredisaient eux-mêmes, de façon à dérouter complètement quiconque veut rechercher leur opinion précise à ce sujet.

« Qu'on en juge. Voici les deux passages textuels : « *Or, comme dans la très-grande majorité des cas, cette phase est* ASSEZ BIEN *supportée par les femmes,* » puis plus loin : « *Dès que l'orifice utérin est franchi, la femme sent, même dans l'accouchement non soulagé, une douleur moindre.* »

« Cette dernière proposition exprime mal la vérité, mais au moins elle en exprime une partie. La douleur n'est pas moindre, elle a un autre caractère, moins insupportable. « Le caractère n'est pas l'intensité. »

On le voit, la pensée de l'auteur reste toujours fausse, malgré la correction. Jamais *très-bien*, ni *bien*, ni *assez bien*, ni *passablement bien*, ni *médiocrement bien* ne traduira la vérité. L'erreur persiste.

Cette phase est une des PLUS MAL *supportée par les femmes,* voilà ce que disent tous les accoucheurs qui savent observer et, avec cette inconséquence dont il donne si souvent la preuve, l'auteur des *nouvelles considérations*, écrit (page 131) : « DANYAU *formula, pour ainsi dire, l'indication de l'anesthésie* POUR LA FIN DE LA PREMIÈRE PÉRIODE, *et cela je dirais presque,* AU DÉTRIMENT DE CELLE QU'ON RÉSERVAIT GÉNÉRALEMENT A LA PÉRIODE EXPULSIVE. »

Est-il possible de donner plus complètement raison à notre assertion?

Si Danyau avait considéré cette fin de la première période comme ASSEZ BIEN supportée par les femmes, dans la très-grande majorité des cas; à moins d'admettre qu'il eût été en délire, aurait-il jamais eu l'idée de donner le chloroforme à ce moment du travail, au détriment de la période expulsive, considérée généralement comme la plus douloureuse de toutes!

Notre unique et légère erreur *de mot* ne change, comme on vient de le voir, rien *au fond* même de l'assertion de l'auteur des *nouvelles considérations*. De plus, dans notre critique de son premier mémoire, nous avions pris soin, comme on le fait toujours dans ce journal, de séparer complètement la personne et la doctrine. Nous avions écrit « l'auteur très-aimable et très-honorable confrère avec lequel nous avons toujours conservé de bons rapports (nous disons cela pour qu'il sache bien que cet article s'adresse à sa méthode et non à sa personne très-sympathique). »

En échange de cette courtoisie, notre confrère, à propos du *très-bien* mis par erreur pour *assez bien* (qui n'a pas changé le fond de son défaut d'observation), vient d'écrire ce passage, au début de son nouveau travail :

« *Je regrette d'avoir dès les premières lignes à faire une œuvre* QUI ME RÉPUGNE, *en relevant une inexactitude qu'a cru devoir adresser à la méthode de la demi-anesthésie un confrère* A LA BONNE FOI DUQUEL J'AI TOUJOURS CRU ET A LAQUELLE JE VEUX ENCORE ABSOLUMENT CROIRE. » (1).

Ces cris indignés seraient en situation, si leur auteur se contentait de changer un mot sans dénaturer nos opinions pour les critiquer plus à l'aise, ou se les rendre favorables.

Ainsi, quand nous avons dit à propos de l'anesthésie *vraie* dans les accouchements naturels: «que *ses dangers et ses inconvénients nous paraissent dépasser de beaucoup ses avantages*, »

(1) Nous avions poussé le cynisme de la falsification jusqu'à indiquer le *nom* du journal et *la date du numéro*, pour mieux dissimuler l'altération du texte!

le défenseur de l'*anesthésie homœopathique* affirme que nous arrivons à une concession, en acceptant aujourd'hui, l'application du chloroforme dans la première et deuxième période, quand nous avons écrit expressément : *cette opinion n'est pas la nôtre, bien qu'elle puisse être défendue*, d'ailleurs nous n'avons jamais compris qu'il pût s'agir d'une anesthésie platonique.

D'autre part, l'auteur ajoute dans ces *considérations nouvelles :* « *notre adversaire des* Annales de Gynécologie *définit la même anesthésie avec une brièveté qui m'a semblé devoir aux yeux d'un opérateur être fort écourtée*, et laisser infiniment à désirer : « *l'insensibilité à la douleur.* »

Et quatre lignes plus bas, on lisait dans notre article: « *si la femme n'a pas conscience de son état, si elle n'entend pas, si elle ne voit pas, si elle ne comprend pas, si elle n'obéit pas, si quand la douleur survient elle ne la sent pas, si elle ne se plaint pas, à coup sûr, l'anesthésie est réelle.* »

Nous pourrions « *infiniment désirer* » que notre confrère mît ses lunettes, mais irions-nous, à propos de cette citation tronquée, écrire les mots « *répugnance et bonne foi.* » Les médecins qui ont de l'esprit nous crieraient aussitôt :

. . . . *Par Hercule!*
De quel droit, êtes-vous, à ce point, ridicule?

Et quel bonheur, pour notre confrère, si au lieu de changer un mot, qui n'altérait point sa pensée, nous lui eussions prêté, comme il l'a fait pour nous, une opinion absolument contraire à la sienne, au moins une idée juste se serait glissée dans son mémoire. Quelle surprise pour le lecteur!

Ce n'est point cette citation dont il aurait fallu prouver l'inexactitude, il eût mieux valu, pour l'auteur, démontrer la fausseté des suivantes :

« *Des yeux, j'étudie* SANS CESSE *l'expression du faciès et le rhythme de la respiration.* » Et plus bas :

Effets de l'anesthésie sur le périnée.

« *Dans ces conditions* ON VOIT *cette région s'assouplir et* PAR LA VUE *on juge de l'imminence en tel ou tel point*, etc. »

« *Nous tenons absolument à ce que la femme ne tourne pas le dos à l'accoucheur.* OUTRE QUE NOUS N'AVONS PLUS LEUR FACIES SOUS LES YEUX.

Comment après cela, notre confrère a-t-il le courage de nous reprocher quelques plaisanteries bénignes sur la demi-anesthésie, mais nous aurions presque craint de manquer de respect à nos lecteurs, en leur racontant des drôleries aussi bouffonnes. Celles-là n'ont véritablement d'excuses que dans leur parenté avec la prose de M. Jourdain.

Néanmoins, il a disparu des *nouvelles considérations*, cet accoucheur étonnant, décidé à surveiller sans cesse, le visage des femmes en regardant leur périnée. Il a été réjoindre cet autre, également évanoui, ne permettant pas aux femmes qui accouchent de tourner le dos de son côté, ayant constaté avec une extrême finesse d'observation, qu'alors il n'avait plus leur visage sous les yeux. On pourrait cependant objecter ceci : le facies n'est pas plus difficile à surveiller par le périnée, que par la région lombaire ! *L'anesthésie rationnelle*, qui consistait à donner aux femmes des aliments, du vin et du chloroforme pendant la période expulsive a disparu aussi.

Mais nous avons retrouvé, à la joie générale, dans le livre nouveau, ces femmes « inconnues (clientes de l'auteur) et que nul n'a revues » criant *moins* quand elles souffrent *plus* et quand elles souffrent *moins*, criant *davantage*.

L'auteur prend la peine de nous apprendre pourtant, dans sa nouvelle publication, qu'une plaisanterie ne vaut jamais une bonne raison. Si cette maxime manque de nouveauté, elle n'est pas dépourvue de justesse. Nous ferons respectueusement observer néanmoins que la plaisanterie dans une page, n'empêche pas la raison dans une autre, et puis qu'une plaisanterie voulue, même médiocre, exige un atome d'esprit, et qu'une bonne raison dénote, au moins, un grain de jugement. Que penser alors d'un écrit où ne se rencontrent ni plaisanteries, ni bonnes raisons ?

A moins que notre confrère ne considère ce passage comme un modèle d'humour et de grâce. « *Quant aux piquantes allusions qui percent le velours des phrases...... je n'en n'ai cure, et je les*

laisse aller aux oubliettes, où tombent les débris des œufs éclos, ces IMPEDIMENTA *dont on a voulu envelopper, obscurcir ou étouffer la question.* » (Textuel.)

Et cet autre, dans le genre descriptif : « *Si on vous voit déployer tout à coup, à la tête d'un bataillon d'aides, le formidable foudroiement de la seule anesthésie que vous consentiez à manier, n'est-ce pas prendre une mitrailleuse pour tuer une mouche qu'à l'état de larve, vous pouvez chasser d'une chiquenaude.* » (Textuel.)

Parmi les meilleures raisons on trouve :

« Que *l'infaillibilité, sinon l'utilité d'un certain nombre d'aides ne semble ni absolument évidente, ni prouvée.* » Il s'agit d'anesthésie chirurgicale.

Avec la demi-anesthésie, la douleur a disparu et le sentiment de la pression est conservé.

« Ce sera cette pression consciente ou inconsciente et dont on aura (si je puis me permettre ce terme de chimie) PRÉCIPITÉ, au moyen de l'anesthésie, tout l'élément douleur qui présidera au développement de l'effort. »

« En faisant respirer le chloroforme, à petites doses, on abolit l'élément douleur *seul*, tandis que l'anesthésie pleine et entière *vient jeter le trouble et le désarroi parmi toutes les puissances expulsives.* » Ce qui est contraire à toutes les observations.

« L'inspection de la pupille faite au cours de presque toutes nos anesthésies — n'a pas semblé devoir nous servir..... CELA TIENT AU PEU DE PROFONDEUR DE NOTRE ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE ET A SON INCONSTANCE DE DEGRÉ. » Quel aveu !

Ailleurs : « *A entendre nos adversaires, on dirait qu'il ne leur déplairait pas absolument que la demi-anesthésie eût, à son tour, l'occasion d'ouvrir une page à l'article nécrologie, ce qui pourrait lui permettre enfin de dire : je tue, donc je suis.* » Ce à quoi nous répondons, *tu n'es pas, donc tu ne peux pas tuer.*

Enfin, nous signalerons comme trait personnel « *la tactique plus ou moins habile* » qui se retrouve de temps en temps.

Quant aux contradictions et aux incohérences, nous renon-

çons à les signaler, les lecteurs (s'il y en a) des *considérations nouvelles* les constateront sans peine.

En résumé, ce nouveau mémoire n'est que la paraphrase du premier. Nous n'entreprendrons pas de nouveau la réfutation, déjà faite, de théories et d'une pratique incapables de soutenir un examen sérieux. Nos observations de 1875 subsistent toutes et entières.

Mais, à côté de l'amplification du premier mémoire, l'auteur, dans celui-ci, parle un peu de toutes choses : *du summum de cette agonie du travail, où la femme appelera cent fois au secours, avec toute l'énergie de ses entrailles qui se déchirent* (1). Nous ne croyions pas les fistules recto-vaginales si fréquentes. « *De la religion*, *de la philosophie*, *du Créateur*, d'après Blot (2), *des semelles de bottes* (3), *du Dieu des efforts* (4) (père d'Eole probablement), *des chemins de fer* (5), *de la reine d'Angleterre* (6) *du télégraphe électrique* (7), même *du soleil d'Austerlitz* (8) (hommage à la clientèle) et aussi de la *demi-anesthésie....* de temps en temps.

Malgré toutes ces raisons excellentes, *l'anesthésie homœopathique* n'a pas encore franchi l'alcôve pour entrer dans les hôpitaux, où l'*anesthésie vraie* règne, sans partage, depuis vingt-cinq ans. A moins qu'on ait l'audace de prétendre que les médecins distingués, pourvus de services d'accouchements, soulagent en ville leurs riches clientes dans la parturition naturelle, sans se soucier d'épargner la douleur aux malheureuses de l'hôpital. Nous affirmons, qu'en France au moins, ces indignes médecins n'existent pas,

Où donc est le service où tous les accouchements naturels sont faits au chloroforme ?

---

(1) Page 75.
(2) Page 174.
(3) Page 209.
(4) Page 245.
(5) Page 210.
(6) Page 213.
(7) Page 211.
(8) Page 214.

Empruntant à l'auteur des *considérations nouvelles*, la formule bienveillante dont il s'est servi à notre égard, en terminant nous dirons : qu'il nous « *répugne* » de mettre en parallèle, d'un côté, ce que nous appelons l'*inanité* des théories et de l'usage de l'*anesthésie homœopathique*, et de l'autre, ses avantages incontestables et de toutes sortes..... pour l'accoucheur. Ils sont parfaitement connus.

De plus, une règle de conduite honorable nous paraît être celle-ci : on discute avec ce qu'on croit l'erreur, on méprise la mauvaise foi et l'on ne répond pas. Donc, quant à la « *bonne foi* » de notre confrère nous ne dirons pas seulement comme lui, « *nous voulons encore absolument y croire* », mais nous y croyons absolument.

Théories, raisonnements, récriminations, contradictions, naïvetés, logique, illusions, fond et forme, dans son ancien mémoire, comme dans le nouveau, tout donne cette certitude, ce qu'il écrit, il le pense..... hélas !

Notre travail, *sur le chloroforme dans les accouchements naturels*, attend toujours sa réfutation et la demi-anesthésie reste définie par un de ses adeptes : *un grand flacon et un petit mouchoir*.

Professeur PAJOT.

DE LA PATHOGÉNIE

DE LA DYSMÉNORRHÉE MEMBRANEUSE

Mémoire présenté au Congrès international des sciences médicales de Genève, le 11 septembre 1877,

Par le Dr V. Gautier (de Genève),
Médecin de l'hôpital Butini.

L'étude de la physiologie de la menstruation est entrée depuis environ quatre années dans une phase nouvelle. Je n'ai pas besoin de vous rappeler les différents travaux qui ont

paru sur ce sujet, en Allemagne (1) d'abord (Kundrat et Engelmann, 1873), puis en Angleterre et en Amérique, travaux dont les *Annales de gynécologie* ont rendu compte.

Ces questions sont encore indécises et discutées ; les derniers mémoires du Dr Léopold (2), de Leipzig, me paraissent toutefois apporter un appui sérieux à la nouvelle théorie de l'exfoliation menstruelle, bien qu'ils ne s'accordent pas avec Kundrat et Engelmann, non plus qu'avec Williams et Aveling pour reconnaître la transformation graisseuse des éléments de la membrane muqueuse utérine.

La pathologie de la menstruation devra nécessairement subir l'influence de ces nouvelles découvertes, et parmi les anomalies de cette fonction, il n'en est aucune qui se rattache plus à la théorie de la caduque cataméniale que la maladie généralement connue sous le nom de dysménorrhée membraneuse.

Je m'occuperai exclusivement sous cette dénomination de la dysménorrhée exfoliative par opposition à la dysménorrhée fibrineuse, croupale ou exsudative dont il ne sera point question dans ce court mémoire.

Mon travail n'a pas d'autre but que de provoquer vos communications au sujet de la physiologie de la menstruation, et de soumettre à votre appréciation une hypothèse plus ou moins nouvelle sur la pathogénie de la dysménorrhée pseudo-membraneuse.

Il est superflu de vous rappeler quelle est l'apparence à l'œil nu des membranes dysménorrhéiques. Je me contenterai de résumer en quelques lignes les dernières observations microscopiques relatives aux lambeaux membraneux expulsés par les malades peu de temps avant, ou au moment du flux menstruel.

Disons tout d'abord que, de l'aveu de plusieurs observateurs, les membranes exfoliées se présentent sous des aspects assez

---

(1) *Stricher's med. Jahrb.* 1873, p. 135.

(2) *Studien über die Uterus schleimhaut Archiv f. Gynækologie*, B. XI. Berlin, 1877.

variables; chez une même malade on peut trouver des différences assez notables à l'examen microscopique d'un mois à un autre. Rappelons en outre que ces débris membraneux sont exposés à plusieurs sortes d'altérations avant d'être placés sous l'objectif du micrographe : séjour et macération dans la cavité utérine elle-même, quelquefois durant huit jours et plus (Haussmann) (1); macération dans le canal cervical, macération dans le vagin, macération enfin dans les linges des malades, ou dans les diverses sortes de liquides qui peuvent avoir servi à recueillir et à conservor les lambeaux membraneux. Ceci explique, en particulier, le désaccord qu'on rencontre chez les observateurs au sujet de la présence ou de l'absence d'épithélium à la surface interne des membranes ou dans la cavité des tubes glandulaires.

Les lambeaux expulsés sont constitués uniquement par des portions plus ou moins considérables de la membrane muqueuse de l'utérus, auxquels dans des cas assez rares s'ajoutent, sous forme d'appendices, des fragments de la muqueuse vaginale ou de celle de la portion vaginale du col (2) (Hoggan).

On trouve dans ces lambeaux, au milieu d'un réseau lâche, souvent à peine reconnaissable de tissu connectif trois sortes d'éléments microscopiquos :

1° Des cellules rondes, ovales, polygonales (dites embryonnaires) en très-grand nombre, disposées par masses, à gros noyaux, quelquefois finement granulées, munies quelquefois d'appendices effilés qui leur donnent l'aspect fusiforme, offrant rarement l'éclat brillant, vitreux des corpuscules amyloïdes (Finkel ()3, Hennig (4), ces cellules constituent aussi par leur juxta-position la tunique propre des vaisseaux et celle des glandes utérines.

---

(1) *Beitrage z. Geburtshuelfe a Gynækologie.* B. I, H. II, p. 156. Berlin, 1871.
(2) G. Hoggan et F.-E. Hoggan. *Archiv f. Gynækologie.* B. X, H. 2, p. 303. Berlin, 1876.
(3) *Virchow's Archiv.* B. LXIII, p. 401. Berlin, 1875.
(4(*Der Katarrh der inneren weiblichen Geschlechtstheile.* Leipzig, 1862.

2° Des glandes, souvent déchirées et séparées de leur cul-de-sac, d'autres fois intactes, complètes, contournées, retrécies à leur orifice qui vient former à la surface interne de la membrane une multitude de petits pertuis.

Les glandes, disposées à peu près parallèlement les unes aux autres, sont souvent distendues par des masses de globules sanguins, ou plus rarement de fibrine. Leur cavité est revêtue d'une couche d'épithélium cylindrique, tantôt régulière, tantôt déchirée et flottante par places. Ce revêtement épithélial se continue avec celui qui tapisse la surface interne de la membrane. Dans plusieurs préparations, cet épithélium n'a été trouvé, ni dans les glandes, ni sur la muqueuse, mais il est rare toutefois qu'on n'en aperçoive pas au moins quelques cellules disséminées plus ou moins altérées dans leur structure.

3° Des vaisseaux; suivant Léopold, ils se rencontrent à la fois dans la couche superficielle et dans la couche profonde; dans celle-ci, les artères sont disséminées, plus ou moins sinueuses. Dans le feuillet superficiel, celui qui est en contact immédiat avec l'épithélium, les capillaires forment une couche presque continue, ils sont dilatés par la présence de corpuscules sanguins très-nombreux qui vont par places jusqu'à rompre et déchirer les parois des capillaires et forment alors des extravasations qui environnent les vaisseaux, dissocient les éléments de la membrane muqueuse et se prolongent quelquefois dans les portions profondes de cette membrane (forme apoplectique de Hegar).

Je mentionne pour mémoire les granulations graisseuses vues par quelques auteurs dans les cellules, par d'autres (Bordier) dans la cavité d'un cul-de-sac glandulaire. Plusieurs micrographes ont contesté l'existence de cette dégénérescence graisseuse des membranes exfoliées (Léopold) aussi bien dans les cas pathologiques que dans la caduque menstruelle normale.

La description microscopique sommaire que je viens de faire des fausses membranes dysménorrhéiques, et sur laquelle les auteurs s'accordent généralement, sauf sur certains points de

détails, montre avec une complète évidence que la structure intime de ces lambeaux membraneux est identique avec celle de la membrane muqueuse utérine lorsque celle-ci, à l'approche de la période menstruelle, subit chaque mois le processus hypertrophique auquel les auteurs anglais ont donné le nom de *nidation*: prolifération des cellules dites embryonnaires, dilatation et allongement des glandes, hyperémie capillaire, rupture des vaisseaux et extravasations sanguines. Il n'est donc pas exact de donner à ces phénomènes le nom de formation nouvelle (Neubildung) que lui ont donné Hegar et Maier (1), plus tard aussi Haussmann, ces observateurs ayant constaté sur les pièces qu'ils ont eues sous les yeux une disproportion notable entre la prolifération énorme des cellules, et l'accroissement des autres éléments constituants de la membrane muqueuse utérine.

Nous avons donc affaire à une évolution normale, physiologique de la muqueuse utérine, avec cette seule particularité différentielle que la membrane exfoliée offre une épaisseur et une consistance plus grandes qu'à l'état normal. C'est ce fait seul qui donne lieu au symptôme morbide de la dysménorrhée : douleur intense survenant avant ou pendant l'expulsion des membranes au dehors de la cavité de la matrice.

Sans vouloir exclure l'élément inflammatoire, qui évidemment vient parfois compliquer la situation, nous pouvons établir que l'examen anatomique des membranes exfoliées ne démontre pas dans leur texture la présence d'une phlogose.

Nous n'admettons donc pas comme cause première de l'exfoliation dysménorrhéique l'endométrite chronique, parenchymateuse, hyperplasique (Labadie et Huchard), pas plus que la stimulation vitale (Hoggan). Il nous paraît indispensable de trouver une cause spécifique, une circonstance autre que l'inflammation de la membrane muqueuse. On ne pourrait expliquer sans cela comment il se fait que l'endométrite ne produit pas toujours la dysménorrhée exfoliante, et pourquoi celle-ci

---

(1) *Virchow's Archiv*, B. III, p. 161. Berlin, 1871.

est une affection relativement rare, tandis que l'endométrite est très-fréqnente. Comment rendre compte aussi du fait que les malades atteintes de dysménorrhée pseudo-membraneuse ne présentent le plus souvent des symptômes pathologiques que durant un petit nombre de jours à chaque retour des règles, tandis que pendant la période intermenstruelle, elles sont exemptes de tout symptôme inflammatoire?

C'est à chercher la cause de cette exfoliation anormale que je vais consacrer quelques instants :

La première idée qui ait dû venir à l'esprit de ceux qui se sont livrés à cette recherche, a été d'établir des points de comparaison entre l'évolution anormale de la muqueuse de l'utérus, et celle d'autres membranes muqueuses plus accessibles à l'observation. On a rapproché de la dysménorrhée membraneuse l'entérite exfoliatrice, et il existe même des observations de sujets ayant offert simultanément les deux affections. MM. Labadie-Lagrave et Huchard (1) citent une jeune malade qui a expulsé tour à tour des lambeaux membraneux provenant de la cavité utérine et du gros intestin. J'ai eu moi-même entre les mains, et le professeur Zahn a eu l'obligeance d'examiner avec moi au microscope des lambeaux intestinaux et utérins provenant d'une malade de 45 ans, vierge, observée par mon ami, le Dr Paul Maunoir. Mais, ainsi que le constatent déjà MM. Labadie, Huchard et Siredey (2), ces membranes intestinales ne sont autre chose que des amas de mucus, quelquefois de fibrine concrétée à la faveur d'une irritation et d'un trouble sécrétoire. Il n'y a donc pas lieu d'établir un point de comparaison entre ces deux espèces de sécrétions anormales.

C'est en effet une sorte de *desquamation* qui s'opère dans la cavité utérine, desquamation qui intéresse, non-seulement la couche épidermique de la muqueuse, mais aussi une portion de sa couche sous-épithéliale, desquamation périodique, régulière, physiologique, suivie d'un écoulement sanguin, et qui ne trouve son analogie en aucune autre portion du corps.

---

(1) *Archives gén. de médecine*, 6e série, t. XVIII, p. 709. Paris, 1871.
(2) Dictionnaire Jaccoud, art. *Dysménorrhée*, vol. XII, p. 32. Paris, 1870.

Mais si l'on veut pour un moment faire abstraction du processus menstruel, et de la structure propre de la membrane muqueuse utérine, si différente des autres membranes muqueuses, on reconnaîtra qu'il existe dans certaines affections des membranes tégumentaires ou muqueuses des desquamations par grands et épais lambeaux, qui peuvent être mises en parallèle avec l'affection utérine dont nous nous occupons.

Parmi les maladies de la peau, c'est l'ichthyose qui nous offre le type le plus caractérisé : dans l'ichthyose, en effet, les couches superficielles de la peau se détachent par larges lamelles ou écailles, sans que la peau offre l'apparence de l'inflammation ; c'est le renouvellement continu de l'épiderme qui, au lieu de se faire d'une manière à peu près insensible, s'opère par lambeaux larges et épais.

La muqueuse de la langue présente chez quelques sujets, et d'une manière permanente, un phénomène tout à fait analogue. Il est un certain nombre de personnes chez lesquelles chaque fois que vous examinez la surface linguale, vous voyez le revêtement superficiel de la muqueuse de la langue dans un état de desquamation : il se dessine sur la surface de l'organe des pertes de substance par larges plaques, rondes ou contournées, à bords nets ou déchirés, à fond d'un rose vif, tandis que le reste de la muqueuse est blanc ou rose pâle. Si l'on saisit avec une pince l'un de ces bords, on a de la peine à enlever un lambeau blanc, à surface veloutée, se détachant sans occasionner aucune douleur ; d'autres fois c'est par le raclage qu'on nettoie cet enduit épidermique, et en l'examinant au microscope, on y trouve; outre une multitude de cellules épithéliales pavimenteuses, un réseau fibrillaire interrompu par de fins vaisseaux qui ne contiennent pas de globules sanguins.

C'est à cette desquamation continue et par larges plaques de la membrane muqueuse de la langue que je propose de donner le nom d'*ichthyose linguale*. Ce terme a très-improprement été employé (tout dernièrement encore par Goodhart, 1875) par les pathologistes anglais pour désigner une affection chronique de la langue caractérisée par des plaques dures,

blanchâtres, sinueuses, quelquefois verruqueuses, creusées de sillons rouges, donnant lieu à de la douleur, à une perversion du goût, et préludant souvent au cancer de la langue. Cette même affection est désignée par les auteurs français et allemands (Debove, 1875; Nedopil, 1876) sous le nom de psoriasis lingual; elle n'a rien de commun avec l'ichthyose telle que je viens de la décrire, et qui, de même que l'ichthyose cutanée, ne procure ni douleur, ni troubles fonctionnels.

Depuis que mon attention a été attirée sur cette question, j'ai pu réunir 5 sujets offrant l'ichthyose linguale. 2 d'entre eux me sont connus depuis au moins une quinzaine d'années; chaque fois que je leur fais montrer la langue, je vois se dessiner sur l'organe ces sortes de découpures, occupant tantôt les bords, tantôt la partie médiane de la langue, de couleur rose, se détachant nettement sur un fond blanchâtre.

Deux de ces personnes sont des femmes, elles ne souffrent pas de dysménorrhée et leur peau est saine; 2 sont des enfants de 5 et 8 ans; le cinquième est un jeune homme de 25 ans. Tous ces sujets sont de santé délicate, et 3 d'entre eux appartiennent à des familles où la tuberculose a fait des ravages.

Voilà donc une membrane muqueuse occupant une cavité large et toujours accessible à l'œil, offrant chez quelques personnes les propriétés de s'exfolier par lambeaux larges et épais, sans qu'aucune trace d'inflammation s'observe sur la surface de cette membrane, sans que le sujet présentant cette anomalie en éprouve aucune incommodité.

Qu'on se représente maintenant la même anomalie siégeant dans une cavité étroite, munie d'un orifice plus étroit encore, susceptible de se rétrécir sous l'influence de spasmes nerveux ou de différentes causes de phlogose. Si l'on ajoute que chaque mois la membrane tapissant cette cavité subit, sous l'influence d'un phénomène régulier et physiologique, une prolifération de ses éléments cellulaires et une hyperémie vasculaire qui rétrécissent encore cette cavité, on s'expliquera facilement les difficultés et la gêne que devront éprouver les lambeaux membraneux épais et consistants pour franchir l'étroit passage par où ils doivent être expulsés, comme aussi

les hémorrhagies qui accompagnent souvent ce travail pathologique.

Il y aura donc toujours des contractions énergiques et prolongées de l'utérus pour faire sortir ces memhranes devenues corps étrangers, et ces contractions seront excessivement douloureuses.

Dans les cas où, par exception, le col et ses orifices offriraient une dilatation ou une capacité sufflsantes, il arrivera que, quelque épaisses que soient ces membranes, elles seront entraînées sans douleur avec le sang menstruel.

Si mon hypothèse est fondée, l'exfoliation de la muqueuse utérine par lambeaux épais et de grande dimension, constitue le seul fait anormal, ou si l'on veut pathologique de l'ichthyose utérine. Cette exfoliation peut fort bien se concilier avec une absence totale de dysménorrhée; elle pourra donc se présenter chez quelques femmes sans occasionner jamais aucune douleur.

Chez d'autres, au contraire, il y aura dysménorrhée; la douleur peut survenir au début même de la fonction menstruelle, et dans ce cas, elle sera causée par un certain degré de sténose du canal cervical ou de l'un des orifices du col. Les sujets ainsi affectés dès leur jeunesse, et souvent, sans avoir encore exercé le coït, peuvent se marier, et, malgré leur disposition reconnue à la stérilité, concevoir. La dysménorrhée alors pourra disparaître à cause de la dilatation des orifices qui suit quelquefois l'accouchement.

D'autres fois l'inverse aura lieu, et c'est ici que nous pouvons faire jouer à l'endométrite un rôle étiologique parfaitement clair : tout le monde sait, en effet, que, soit par le phénomène auquel Simpson a donné le nom de subinvolution, soit par toute autre cause (blennorrhagie, cicatrices, etc.), l'accouchement ou l'avortement sont maintes fois suivis de sténose du col utérin. Cette sténose est souvent produite par une endométrite, c'est-à-dire une hyperplasie, un développement folliculaire, ou une induration des parois cervicales. Dans d'autres cas elle a pour cause les déviations utérines ou enfin les tumeurs, particulièrement les myomes.

Rien n'est donc plus aisé que d'expliquer pourquoi chez quelques femmes la dysménorrhée exfoliatrice se montre dès les premiers écoulements menstruels, tandis que chez d'autres elle attend pour apparaître, soit un âge plus avancé, soit la grossesse ou l'avortement.

L'ichthyose est toujours là, la caduque menstruelle se forme chaque mois par gros lambeaux, mais elle passe inaperçue parce qu'elle ne cause aucune douleur.

Je n'ai encore pu rencontrer dans les auteurs qu'un seul cas d'exfoliation menstruelle épaisse et consistante indépendante de toute dysménorrhée ; il appartient au Dr Louis Maier (1), de Berlin, et concerne une dame de 27 ans, mariée et stérile.

Un exemple unique ne suffit pas, je suis le premier à en convenir, mais l'attention une fois éveillée, il ne sera pas difficile d'en trouver de nouveaux. On devra aussi observer les femmes guéries de leur dysménorrhée, pour voir si malgré la disparition des douleurs, provenant sans doute d'une dilatation des orifices du col, elles ont continué à expulser chaque mois des débris compacts de caduque menstruelle.

Pour confirmer encore la comparaison avec l'ichthyose, il me reste à mentionner quelques points importants :

1° La durée prolongée de la dysménorrhée pseudo-membraneuse ; plusieurs pathologistes vont même jusqu'à dire qu'elle est incurable. On sait que l'ichthyose cutanée est tout à fait indélébile. Quant à l'ichthyose linguale, depuis un grand nombre d'années que j'observe des personnes atteintes de cette anomalie, je n'ai jamais constaté de modification à l'état de desquamation qu'offre leur langue.

2° L'ichthyose est héréditaire, en ce sens qu'on rencontre en général dans une même famille plusieurs personnes ayant la peau écailleuse. Il en est de même de la dysménorrhée exfoliante ; l'exemple le plus frappant est donné par Siredey qui rapporte, d'après le docteur Duplan, le fait de cinq sœurs

---

(1) *Beiträge zur Geburtskunde und Gynækologie.* Vol. IV, Heft, 1, S. 33. Berlin, 1875.

affectées de ce mal. Siredey a vu deux sœurs dans le même cas, Krieger (1) cite un fait analogue ; enfin, Bernutz (2) admet aussi l'hérédité de la dysménorrhée pseudo-membraneuse et il l'attribue à ce que souvent dans une même famille, la présence d'une diathèse quelconque (lymphatisme, tubercules, hystérie) peut prédisposer à l'affection dont nous nous occupons.

Dans l'énumération des diathèses qui jouent un rôle étiologique, M. Bernutz eût pu ajouter la diathèse herpétique ; c'est là du moins l'opinion de deux auteurs qui se sont occupés dernièrement de la dysménorrhée pseudo-membraneuse. Le docteur A. Bordier, dans une observation détaillée (3), rapporte le cas d'une jeune dame malade depuis l'apparition de ses règles et dont l'état dysménorrhéique s'est notablement amélioré à la suite d'un premier accouchement. Cette dame avait en même temps une éruption de lichen à la nuque, et des boutons à la vulve accompagnés de prurit. Il faut ajouter, toutefois, que la malade était en même temps tuberculeuse; néanmoins, dans les réflexions qui suivent l'observation, le docteur Bordier cherche à établir que l'exfoliation utérine est de nature dartreuse.

Un autre médecin, le docteur Williams, de Londres (4), expose d'une façon plus générale l'opinion que l'exfoliation utérine se rattache à une altération dans la nutrition de l'organe, que cette altération n'est ni une congestion, ni une inflammation, mais bien une affection analogue à certaines éruptions de la peau.

On voit par là que je ne suis pas le premier qui ait cherché à établir un rapprochement entre les affections cutanées, chroniques et la dysménorrhée membraneuse.

3° Plusieurs auteurs (Bernutz, Finkel, Siredey) ont remarqué que la dysménorrhée exfoliative affectait le plus souvent des sujets de constitution débile, anémiques, appartenant à

---

(1) *Die Menstruation*, p. 119. Berlin, 1869

(2) *Clin. méd. des maladies des femmes*, t. I, p. 140. Paris, 1860.

(3) *Gazette hebdomadaire*, 26 janvier 1877.

(4) *Obstetric Transact.* 1876, vol. XVI, p. 230.

des familles où régnaient la scrofule, la tuberculose. J'ai pu vérifier cette assertion en consultant le résumé analytique annexé au mémoire de MM. Labadie-Lagrave et Huchard (1), Ce travail rend compte de 28 observations ; sur ces 28 malades, il en est 20 dont la constitution ou l'état général sont indiqués.

5 sont taxées comme possédant une bonne constitution.

2 mauvais état général.

8 sont scrofuleuses, lymphatiques ou tuberculeuses.

4 sont chlorotiques ou anémiques.

1 est hystérique.

L'ichthyose linguale n'a été vue par moi que chez des sujets de constitution faible, et à antécédents scrofuleux ou tuberculeux.

En vous soumettant cette explication des phénomènes si intéressants de la dysménorrhée membraneuse, je vous la propose comme une simple hypothèse, et il est loin de ma pensée de la considérer comme rendant compte de tous les symptômes et s'appliquant à tous les cas. Elle me semble répondre toutefois à un certain nombre de questions posées par les pathologistes qui se sont occupés de ce sujet. Peut-être trouverez-vous aussi qu'elle s'accorde avec la plupart des observations cliniques et anatomo-pathologiques, telles qu'elles ont été recueillies depuis Morgagni jusqu'à nos jours.

Chacun de vous pourra trouver dans ses souvenirs des personnes affectées d'ichthyose linguale, peut-être cette anomalie est-elle même décrite quelque part, sans que j'en aie eu connaissance (2). Lorsque j'ai exposé mes idées sur ce sujet dans mon cours au printemps dernier, les quelques confrères qui m'ont fait l'honneur de m'écouter se sont immédiatement rappelé des faits semblables, et il sera peut-être possible d'en réunir un certain nombre et de les soumettre à un examen his-

---

(1) *Archives générales de médecine*. 1872. Paris, 6e série, t. XIX, p. 430.

(2) Un de mes confrères, membre du Congrès de Genève, m'a cité une thèse de la Faculté de Paris, dans laquelle se trouve décrite cette affection de la langue spécialement chez les enfants sous le nom de *langue tigrée*. Il ne se souvenait pas du nom de l'auteur.

tologique plus compétent que le mien. J'ai en ce moment en vue à l'hôpital Butini une jeune névropathe de 21 ans qui présente un spécimen complet de desquamation linguale permanente; cette malade est arrivée dans mes salles au moment où j'achevais de rédiger ces quelques pages.

La disposition ichthyosique de la membrane muqueuse utérine étant probablement incurable, le traitement de la dysménorrhée n'aura à remplir qu'une seule indication : frayer une route large aux paquets membraneux qui doivent franchir les orifices du col utérin. Il ne s'agira plus d'appliquer sur la surface interne de la matrice des médicaments modificateurs de ses sécrétions. Ce n'est pas que je veuille proscrire les caustiques, leur emploi sera nécessaire dans un certain nombre de cas, mais il devra se borner à la destruction des granulations ou des hypertrophies folliculaires de la membrane muqueuse cervicale lorsque ces lésions seront cause du rétrécissement des orifices. Il faudra d'ailleurs être très-prudent avec les caustiques, car on sait que leur application intempestive ou trop prolongée a souvent pour effet la sténose du col.

Lorsque l'étroitesse du canal cervical sera causée par un rétrécissemsnt congénital ou acquis indépendant de toute autre affection, e'est aux opérations qui dilatent ou qui divisent le col utérin qu'il faudra recourir et l'on cherchera à obtenir une dilatation ou une ouverture aussi large que possible.

Lorsqu'il existera une flexion utérine, l'emploi des moyens redresseurs sera naturellement indiqué, puisqu'ils auront le double avantage de redresser et de dilater l'utérus.

Si la cause première du mal réside dans la présence d'un myome, les mêmes moyens thérapeutiques seront applicables, car les fibromes ne provoquent le plus souvent la dysménorrhée, que parce qu'ils rétrécissent le canal, ou parce qu'ils déterminent des déviations utérines.

DE L'AVORTEMENT

AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL (1).

Par T. Gallard.

(SUITE ET FIN) (2).

III. — Examen de la femme vivante.

Nous nous sommes trouvés jusqu'à présent, Messieurs, en présence de cadavres dont nous avons pu examiner avec soin tous les organes, jusque dans l'intimité de leurs tissus, afin d'y rechercher, d'abord la cause de la mort, puis les traces, même les plus légères et les plus fugitives des manœuvres qui ont pu être employées pour pratiquer l'avortement. Et cependant vous avez vu que, même dans ces circonstances si favorables à nos investigations les plus minutieuses, il nous est arrivé souvent de nous trouver en face de difficultés assez sérieuses, moins pour reconnaître s'il y a eu avortement récent que pour déterminer si cet avortement a été naturel ou provoqué. Ces difficultés sont bien plus grandes encore, lorsqu'il s'agit de faire les mêmes recherches non plus sur un cadavre mais sur le corps d'une femme vivante, et vous savez que parmi celles qui ont recours aux pratiques odieuses de l'avortement criminel un très-grand nombre échappent aux dangers auxquels elles se sont exposées. — C'est par l'examen de la personne de ces femmes que la justice nous demande de l'éclairer en nous posant assez habituellement les trois questions suivantes : 1° Y a-t-il eu avortement récent, ou remontant à telle époque indiquée par

(1) Leçons faites à l'hôpital de la Pitié et recueillies par M. Paul Richer, interne des hôpitaux.

(2) Voir les numéros de juillet, d'août, d'octobre et novembre 1877.

l'accusation? 2° Dans l'affirmative, à quelle époque de la grossesse s'est fait cet avortement? 3° A-t-il eu lieu naturellement, d'une façon toute spontanée, ou a-t-il été provoqué et par quels moyens a-t-il été provoqué?

Il serait, dans le plus grand nombre des cas, non pas seulement très-difficile, mais, je n'hésite pas à le déclarer, absolument impossible pour le médecin expert de répondre à de semblables questions, s'il n'avait pour s'éclairer d'autres ressources que le simple examen physique des organes de l'inculpée. Sans doute cet examen lui sera utile, indispensable même, mais il ne saurait lui suffire, surtout lorsqu'il se sera écoulé, depuis l'époque de l'avortement présumé, un temps assez long pour que tout soit rentré dans l'ordre et que les organes lésés aient repris leur aspect accoutumé.

Il y aura bien toujours quelques changements dans la couleur, dans la forme, dans le volume, dans les rapports des parties, mais ces changements, si importants à constater, n'acquèrent leur véritable signification que s'ils ne peuvent être expliqués par aucun autre état morbide que le fait de l'avortement. Or, ces états morbides, ces maladies de la matrice ou des organes voisins ont des symptômes particuliers qui nous permettent de les diagnostiquer. D'un autre côté, la grossesse qui a dû précéder l'avortement donne lieu à la production d'un certain nombre de phénomènes symptomatiques qui marquent son début et auxquels il est possible, sinon de la reconnaître avec une certitude absolue, au moins de la soupçonner avec une grande probabilité. — Il importe donc à l'expert de savoir quels sont ceux de ces symptômes qui ont été éprouvés par la femme dont l'examen lui est confié, afin de déterminer, par l'ensemble de ces symptômes, par leur filiation, par la façon dont ils se sont groupés, quel a été le fonctionnement des organes génitaux de cette femme, s'il y a eu une maladie ou une grossesse commençante et si cette grossesse a été interrompue par un avortement.

Mais comment pourra-t-il se procurer tous ces renseignements si indispensables? d'une façon bien simple; en les demandant à la femme soumise à son examen. Il devra donc l'in-

terroger et l'interroger avec le plus grand soin, comme nous le faisons tous les jours pour chacun des individus sur la nature de la maladie desquels nous tenons à poser un diagnostic rigoureux et certain, afin de pouvoir ensuite instituer un traitement méthodique qui leur soit réellement utile.

On pourra vous dire, Messieurs, qu'en procédant à un tel interrogatoire l'expert sort de ses attributions pour empiéter sur celles du magistrat instructeur et qu'il devrait se borner à de simples constatations médicales, dont ce dernier tirerait ensuite tel parti qu'il pourrait. Je ne saurais trop hautement protester contre une telle façon de comprendre et de restreindre le rôle de l'expert, car elle aurait pour conséquence inévitable de nuire à la bonne administration de la justice, en la privant inutilement d'une partie importante des lumières que nous pouvons lui apporter. Bien certainement nous ne devons pas aller au delà de la mission tracée par le magistrat qui nous commet, et s'il juge que, une fois nos constatations matérielles terminées, notre concours lui est inutile, il ne nous appartient pas de le lui imposer pour d'autres investigations. — Mais combien peu se contentent d'une expertise aussi incomplète, surtout lorsqu'il s'agit de questions délicates et difficiles à résoudre, comme celles que soulèvent les affaires d'avortement, à propos desquelles il ne s'agit pas seulement de connaître les faits, mais de les interpréter pour pouvoir leur assigner leur véritable signification.— En cas pareil, la moindre indication, qui serait insignifiante pour une personne étrangère aux choses de la médecine, acquiert pour nous une importance de premier ordre, et peut, si elle est recueillie à propos, mettre sur la voie de toute une série d'indices et de renseignements qui, sans cela, ne pourraient pas être utilisés. — C'est ce que savent fort bien les magistrats qui ont l'habitude de nous commettre et qui, particulièrement soucieux de mettre à profit toutes les lumières que nous pouvons leur apporter, nous chargent, non-seulement d'examiner la personne de l'inculpée, mais de l'interroger, de prendre connaissance de toutes les pièces de la procédure, de demander au besoin aux témoins entendus les renseignements complémentaires qui peuvent nous être utiles, en un mot de

rechercher par nous-mêmes et de grouper tous les éléments médicaux de l'instruction, pour arriver à la manifestation de la vérité.

Cette façon de comprendre le rôle du médecin expert, en l'associant plus directement à l'action de la magistrature a le double avantage de relever et d'agrandir sa mission, tout en lui fournissant les moyens de la remplir avec plus d'autorité, et, par conséquent, avec plus de profit pour la bonne administration de la justice.

Je n'aurai que l'embarras du choix pour vous fournir des preuves de l'efficacité de cette manière de procéder. Les personnes qui se livrent à la pratique des avortements et qui en font pour ainsi dire métier ont, je vous l'ai dit, une sorte de clientèle qui s'adresse à elles, et qui se trouve toujours plus ou moins compromise dans les poursuites dont ces personnes sont l'objet; d'où la nécessité de voir, d'examiner, d'interroger un certain nombre de femmes, dont les unes se sont réellement fait avorter, dont les autres ont pu en avoir l'intention sans qu'elle se soit réalisée. Comment savoir s'il y a eu des manœuvres, si ces manœuvres ont été suivies d'effet, et surtout quelles ont été ces manœuvres, si l'expertise se borne à un simple examen de la personne de chacune de ces femmes? quand surtout les faits remontent, comme cela arrive trop souvent, à une époque déjà assez éloignée pour que toute trace de la grossesse, de l'avortement et du traumatisme exercé ait depuis longtemps disparu? Que si, au lieu de procéder au simple examen physique de la personne de chacune de ces femmes, l'expert les interroge avec soin, il apprendra d'elles si elles ont réellement éprouvé les symptômes d'une grossesse commençante; il reconnaîtra à quel moment était arrivée cette grossesse lorsqu'on a entrepris de la faire disparaître; il se rendra compte de l'efficacité des manœuvres auxquelles on a eu recours, si ces manœuvres lui sont avouées; et, en rapprochant les diverses déclarations qu'il aura pu recueillir, il verra si les manœuvres ont été semblables ou différentes et pourra reconnaître ainsi, d'après la manière d'opérer, si c'est la même personne qui a agi dans les divers cas soumis à son appréciation.

Cette année, la Cour d'assises de la Seine a eu à juger et a condamné sévèrement deux avorteuses, qui ont comparu devant elle, accompagnées chacune de plusieurs de leurs victimes, considérées comme leurs complices, et qui n'opéraient pas de la même manière. L'une se servait d'un spéculum à travers lequel elle poussait une aiguille à tricoter qu'elle faisait pénétrer jusque dans la cavité utérine. L'autre employait des tiges de baleine, qu'elle glissait sur son doigt préalablement introduit dans le vagin. La manœuvre était décrite absolument de la même façon par chacune des femmes qui avaient eu affaire soit à l'une, soit à l'autre de ces deux matrones et cet accord, entre personnes qui ne se connaissaient pas, qui n'avaient pu se concerter pour faire des déclarations identiques, donnait une grande valeur à chacune de ces déclarations.

Dans une de ces deux affaires j'ai pu établir qu'une des femmes, qui avouait s'être fait avorter une fois, avait fait antérieurement un autre avortement qu'elle cherchait à dissimuler, et ce n'est certainement pas par l'examen de sa personne que je suis parvenu à faire cette découverte. C'est en allant, en vertu d'une délégation du juge d'instruction chercher à l'hôpital des renseignements sur les diverses maladies pour lesquelles elle y était entrée à plusieurs reprises, que j'ai trouvé, sur l'une de ses pancartes, la preuve de l'avortement en question. Cette preuve résultait de notes, au crayon, écrites par l'interne avec des abréviations qui les auraient rendues parfaitement incompréhensibles pour tout autre que pour un médecin ; et si cette pièce, d'une importance si capitale, n'avait été vue que par un magistrat, il n'aurait certainement pas jugé utile de la joindre au dossier ni, par conséquent, de m'en demander la signification.

En interrogeant la femme qu'il est chargé d'examiner, l'expert ne doit pas se contenter d'enregistrer ses réponses ; il doit les contrôler pour voir d'abord si elles concordent entre elles, puis si elles concordent avec les constatations médicales qu'il peut relever. Vous ne devez pas oublier, en effet, Messieurs, que si un certain nombre des déclarations qui nous sont faites

peuvent être empreintes de véracité, ce n'est pas le cas le plus ordinaire et que d'habitude on cherche à nous tromper. Mais il arrive aussi qu'après avoir essayé de nous égarer par des mensonges plus ou moins habiles, on entre dans la voie des aveux lorsqu'on s'aperçoit qu'il n'y a pas moyen de nous en imposer plus longtemps. Même quand il reçoit ces aveux, l'expert doit toujours se tenir en garde, car il est rare qu'ils soient complets et derrière la portion de vérité qu'on lui abandonne, parce qu'il l'a découverte, il en reste toujours que l'on cherche à lui cacher. Ce qui doit le guider, c'est la constatation matérielle de l'état des organes; et ce qui lui faut découvrir c'est la cause des lésions qu'il constate, quand les choses ne sont pas à l'état normal. S'il trouve une maladie soit de l'utérus, soit des organes voisins, il doit s'enquérir, avec soin, du début et de l'origine de cette maladie, en suivre l'évolution pour arriver à déterminer si elle est survenue spontanément, c'est-à-dire sous l'influence de causes capables d'expliquer sa production en dehors de toute action abortive, ou si, au contraire, elle peut être attribuée à un avortement soit naturel, soit provoqué par une action criminelle. On ne peut nier, Messieurs, que la difficulté soit grande lorsqu'il s'agit de porter ainsi ce diagnostic rétrospectif, mais elle est loin d'être insurmontable, et c'est seulement par un interrogatoire bien dirigé que l'on peut arriver à la résoudre.

Je viens de vous dire, Messieurs, que l'expert doit contrôler par ses constatations personnelles toutes les déclarations faites par les personnes qu'il est chargé d'examiner. Je n'ai pas besoin d'ajouter que ces constatations ne doivent jamais être faites qu'avec le consentement de la personne intéressée, et qu'il y a toujours avantage à mentionner ce consentement sur le rapport, en s'abstenant rigoureusement d'exercer ou de laisser exercer aucune contrainte, en cas de refus.

Mais après vous avoir fixé sur ce point de déontologie, je dois vous parler de certains cas dans lesquels il peut arriver que les constatations médicales soient en désaccord avec les déclarations de la femme examinée, non parce qu'elles permettraient de reconnaître les traces d'un avortement dissimulé,

mais bien, au contraire, parce qu'elles ne permettraient pas de retrouver celles d'un avortement déclaré. La supercherie dans ce cas est certainement plus rare que dans l'autre; cependant il faut être prévenu de sa possibilité pour pouvoir être à même de la découvrir. Ici encore les résultats de l'interrogatoire joints à l'absence des signes physiques d'un avortement récent, à l'intégrité des organes génitaux et en particulier de la matrice permettraient de reconnaître la vérité.

Les signes à relever sur la femme qui est soupçonnée de s'être fait avorter, sont fournis principalement par l'examen des organes génitaux et des seins; ils consistent surtout dans la rougeur et la tuméfaction de ces parties et en particulier de la matrice. Leur importance est surtout grande lorsqu'ils sont constatés chez une femme qui n'a pas encore eu d'enfants, car si le mamelon est fortement coloré, si son aréole contient des tubercules un peu saillants, s'il laisee suinter, par la pression, un liquide lactescent; si en même temps l'utérus est rouge, volumineux, ulcéré à sa surface, si le col est ouvert et déchiré, il y aura de fortes présomptions que la femme examinée vient d'avorter. Quant aux traces de la violence qui aura déterminé l'avortement, elles ne pourront que très-exceptionnellement être reconnues sur les organes de la femme vivante. C'est donc sur le produit de la conception que nous devrons les rechercher avec le plus grand soin.

IV. Examen du produit expulsé.

Il est bien entendu, Messieurs, qu'au point où nous en sommes arrivés de cette étude ce n'est plus du fœtus proprement dit que nous allons nous occuper. Vous savez dans quel état il peut être trouvé à la suite des avortements criminels et quels enseignements son examen peut vous fournir pour arriver à la manifestation de la vérité. Mais, soit lorsque le fœtus a disparu, soit lorsqu'il n'a pas encore acquis un développement assez considérable pour pouvoir être retrouvé, l'expert

peut avoir à examiner des produits divers expulsés par les organes génitaux d'une femme qui vient d'avorter, et nous avons à rechercher si l'inspection attentive de ces produits peut lui permettre, tant de reconnaître la réalité d'un avortement récent, que de déterminer si cet avortement s'est fait naturellement, ou a été provoqué par une action violente, qu'il serait permis de considérer comme criminelle.

Ces produits sont ou des liquides, ou des débris de membranes, ou un corps présentant une organisation plus complète tel qu'un œuf ou un fragment important d'embryon, de placenta ou de fœtus.

Parmi les liquides le sang occupe le premier rang; il est toujours expulsé en plus ou moins grande abondance, dans tous les avortements, mais ses qualités ne diffèrent alors de celles du sang fourni par toute autre hémorrhagie que s'il est mélangé à divers éléments provenant du produit même de la conception.

Au nombre de ces éléments se trouve le liquide amniotique, remarquable par son odeur assez caractéristique qui s'exhale des parties génitales de toute femme récemment accouchée. M. Chevallier (1) a cherché à déterminer les caractères chimiques de ce liquide amniotique et plus particulièrement des taches qu'il fait sur le linge. Ce liquide, dont la coloration varie depuis le jaune ambré, jusqu'au rouge brun foncé, suivant la plus ou moins grande quantité de sang qui lui est mélangé, a une réaction alcaline; sa consistance est souvent accrue par la présence d'une matière caséeuse, albuminoïde, et il se comporte en présence des réactifs chimiques comme tous les liquides albumineux. Les taches qu'il forme sur le linge sont généralement très-étendues, et, quoique leur coloration varie, elles sont plus souvent jaunâtres ou grisâtres et limitées par un liséré sur lequel tranche la teinte grise. Si, après avoir coupé le linge sur lequel se trouvent ces taches, on le fait macérer dans l'eau distillée, on obtient un liquide qui ramène au

(1) Chevallier. Cas d'avortement suivi de mort (*Annales d'hygiène et de médecine légale*, t. XLVII.

bleu le papier rouge de tournesol, et qui se trouble par la chaleur, ainsi que par l'action de l'acide azotique, de l'acide chlorhydrique et de la solution de tannin. En raison de la présence d'une certaine quantité de chlorure de sodium ce liquide forme, avec la solution d'azotate d'argent, un précipité blanc floconneux insoluble dans l'acide nitrique. L'acide sulfurique n'exerce aucune action sur lui.

A l'examen microscopique on y trouve d'après MM. Robin et Tardieu (1) des cellules épithéliales pavimenteuses à noyau fréquemment granuleux, et des poils de duvet provenant du fœtus.

La présence d'un simple débris d'un fragment de membrane, si petit soit-il, a bien plus d'importance au point de vue de la constatation de l'avortement que celle des taches fournies par le liquide amniotique. Cependant il importe d'examiner ces membranes avec le plus grand soin pour les distinguer de celles qui sont dues à la dysménorrhée membraneuse et qui dépendent si souvent d'une exfoliation de la muqueuse utérine. Dans ces dernières on trouve tous les éléments histologiques de la muqueuse y compris les glandes eu tubes dont la structure est si caractéristique; tandis que les débris de membranes provenant d'un produit de conception ayant atteint, et à plus forte raison dépassé, le second mois de la gestation sont essentiellement formés de cellules embryonnaires et ne sont pas recouvertes d'un revêtement épithélial. Enfin, à côté de ces membranes on peut trouver des débris de placenta ou même d'embryon dont la présence vient lever tous les doutes en permettant de reconnaître la réalité de l'avortement.

Fixer la justice sur cette première question de savoir s'il y a eu ou non avortement est déjà un point extrêmement important et qui, vous le voyez, Messieurs, est trop souvent hérissé de nombreuses difficultés, surtout lorsqu'il s'agit d'un avortement effectué au début de la grossesse, c'est-à-dire pendant les trois premiers mois qui suivent la conception. On peut

(1) Ch. Robin et A. Tardieu. *Mémoire sur quelques applications nouvelles à l'examen microscopique à l'étude de diverses espèces de lotions*, 1860.

cependant y parvenir dans un assez grand nombre de cas et c'est ensuite au magistrat instructeur qu'il appartient de rechercher si cet avortement s'est fait d'une façon naturelle ou s'il a été provoqué par une action criminelle.

Je me suis demandé, si dans certains cas, il ne serait pas possible à l'expertise médicale d'aller plus loin et de reconnaître, d'après l'examen de l'œuf, s'il est le produit d'un avortement spontané ou d'un avortement provoqué; absolument et presque de la même façon que nous le faisons si souvent à une époque plus avancée de la grossesse, d'après le seul examen du fœtus. Cette question, je me la suis posée, et je crois l'avoir résolue affirmativement à l'occasion d'un fait qui s'est passé sous mes yeux, dans cet hôpital, et dont je vous dois la relation.

Une femme de 23 ans entre dans mon service en se plaignant de douleurs abdominales fort intenses. Elle n'a jamais été malade; ses parents vivent encore et sont bien portants. Elle est accouchée, il y a quelques années, d'un enfant vivant et bien conformé; l'accouchement fut simple et ses suites fort heureuses. Comme elle n'a pas nourri, ses règles ont reparu six semaines après et ont continué depuis, avec la même régularité, jusqu'au commencement de février 1874, époque à laquelle elles ne parurent plus. Mais elles furent remplacées, alors, par des flueurs blanches assez abondantes, qui ne s'étaient jamais montrées avant cette époque, et qui se prolongèrent jusqu'au 5 ou 6 mars.

A cette date, survinrent des pertes de sang qui ne durèrent qu'un jour et furent accompagnées de coliques vagues. La malade les attribua à la fatigue de son métier, qui l'oblige à monter et à descendre toute la journée. Le sang qui s'écoulait était noir et épais. Notons que cette fille est domestique dans une maison de tolérance.

Le 7, la malade va trouver un médecin qui lui fait une ordonnance, trop compliqnée, dit-elle, et que, pour cette raison, elle n'exécute pas; puis, voyant qu'elle ne pouvait avoir de soulagement, elle se décide à recourir à nos soins, quelque temps après.

Les phénomènes qu'elle accuse ont pour siége exclusif le ventre. Tous les autres organes : poumons, cœur, foie, etc., sont sains; elle se plàint de douleurs atroces, continuelles, au milieu de l'abdomen, un peu au-dessous du pubis; elle perd une assez grande quantité de mucus blanc : il n'y a plus de sang.

La palpation et la pression sur l'abdomen sont fort douloureuses. Au toucher, on trouve que le vagin est chaud et humide; le col, situé dans l'axe vaginal, est volumineux, mou, l'orifice est un peu entr'ouvert et légèrement ulcéré, quoiqu'il n'y ait extérieurement aucun symptôme qui puisse faire croire à l'existence d'une affection utérine quelconque. Le corps a subi une augmentation de volume assez notable; les culs-de-sac vaginaux sont libres; la pression exercée par le doigt sur l'organe utérin est fort douloureuse en tous points. Les seins de la malade ont un peu augmenté de volume, depuis un mois, et sont le siége de légers picotements. La peau est un peu chaude, le pouls bat 112 fois par minute, la langue est sale; il y a perte d'appétit et difficulté assez grande pour aller à la garde-robe.

En présence des phénomènes locaux et de la suppression des règles depuis un mois et demi, le diagnostic est : grossesse de un mois et demi à deux mois; avortement prochain.

Le lendemain du jour où nous la vîmes pour la première fois, la malade fut prise d'un redoublement de ses douleurs et une hémorrhagie utérine se déclara. Il n'y avait pas eu d'autre perte de sang depuis quarante-huit heures au moins, et tout ce qu'elle a perdu depuis ce moment a été examiné avec le plus grand soin. Une assez grande quantité de sang fut évacuée : une portion de ce sang était liquide, l'autre coagulée en caillots; au milieu de ces caillots on trouva un petit corps blanchâtre, dont l'examen fut fait quelques heures après.

Pour terminer la partie clinique de cette observation, je vous dirai que les suites de cet avortement furent des plus simples; la malade s'est parfaitement remise au bout de deux mois, pendant lesquels elle a cependant présenté quelques phéno-

mènes inflammatoires, mais peu intenses et qui ont disparu par le repos seul.

Examen du produit pathologique.— Il a le volume d'une grosse noix, soit environ 6 centimètres de diamètre; il est ovoïde, sa surface est très-lisse et donne insertion à un prolongement arrondi, long de 5 centimètres, et de 1 millimètre et demi de diamètre. La portion adhérente de ce prolongement se confond en s'étalant à la surface du produit; son extrémité libre est taillée obliquement, effilée et déchiquetée. Il y a eu évidemment déchirure et non section nette, comme la produirait un instrument tranchant. En l'examinant de près, on reconnaît qu'il est formé par la réunion de trois vaisseaux dont l'un est rempli de sang. C'est un cordon ombilical.

A l'une des extrémités de l'ovoïde, on voit une solution de continuité, par laquelle semblent faire issue un assez grand nombre de filaments jaunâtres, courts, granuleux, assez résistants, et qu'il est facile de reconnaître, au premier coup d'œil, pour de petites villosités placentaires (état embryonnaire). Le tout est donc constitué par un placenta, retourné sur lui-même, la face fœtale est extérieure, la face externe est intérieure.

Une incision est pratiquée sur le fond de la surface externe, du côté opposé à l'ouverture pathologique, pour retourner le placenta en doigt de gant, sans altérer cette couverture; et l'on constate alors que ce placenta est bien constitué, qu'il ne présente aucune altération pathologique, qu'il n'y a dans son épaisseur aucune ecchymose ou suffusion sanguine quelconque. L'orifice par où le fœtus a dû sortir est déchiqueté, long de 1 centimètre environ. A l'un des angles de la fente, on trouve un petit prolongement chorial, dans l'épaisseur duquel existe un caillot fibrineux; au niveau et au pourtour de l'orifice, les villosités placentaires sont très-rares; elles n'existent même pas sur la surface externe du prolongement infiltré de sang.

Nul débris de fœtus n'a été trouvé dans les caillots rendus

par la malade, depuis le jour où nous avons été appelé à lui donner des soins.

Y a-t-il eu avortement spontané? y a-t-il eu avortement provoqué? Telle est la double question que j'avais à me poser et que je me pose encore devant vous, Messieurs, à la suite de cet examen anatomo-pathologique. Cette question est d'autant plus intéressante à résoudre pour nous que l'interrogatoire de la malade, fait à plusieurs reprises, par plusieurs personnes et de façons très-diverses, n'a amené aucun aveu de sa part.

Comme base de la discussion qui va suivre je dois déterminer d'abord comment s'opère l'expulsion du produit de la conception lorsque l'avortement se produit d'une façon naturelle et toute spontanée, pendant les premiers mois de la gressesse.

Nous savons très-bien que vers la fin de la gestation, et même à partir du quatrième mois, quand le fœtus est bien formé et pourvu de tous ses organes l'opération de la délivrance s'exécute en deux temps : les membranes se déchirent au niveau du col, puis le fœtus, s'engageant à travers l'orifice ainsi produit, franchit successivement l'orifice utérin puis le vagin et la vulve; après quoi, dans un second temps, le placenta suivant le même trajet, guidé qu'il est par le cordon, s'insinue dans l'ouverture des membranes en se retournant sur lui-même à la façon d'un doigt de gant. Ce sont là deux opérations bien distinctes, que cette expulsion successive du fœtus d'abord, puis du placenta qui constituent les deux temps principaux de l'acte de la parturition, quand l'accouchement a lieu à terme, ou à une époque assez rapprochée du terme.

Mais si l'on a affaire à un avortement se produisant dans les premières semaines de la gestation, les choses ne se passent pas ainsi, et, au lieu de s'effectuer en deux temps, l'expulsion du produit de la conception se fait en bloc, d'une seule fois, sans rupture préalablement des membranes. C'est du moins ce que nous apprennent les accoucheurs les plus compétents, et voici comment M. Jacquemier décrit ce qui se passe lorsque l'avortement se produit d'une façon naturelle et spontanée. « Pen- « dant les deux ou trois premiers mois, *l'œuf est le plus souvent*

« rendu entier, si une intervention intempestive pour le dégager « ne vient pas rompre les membranes.» On ne s'étonnera pas de me voir souligner cette proposition, qui est en quelque sorte un aphorisme, et que nous devrons toujours avoir présente à l'esprit, lorsque nous serons appelés pour décider si un avortement doit être considéré comme naturel, ou provoqué « *par une intervention intempestive* ». Elle a une signification d'autant plus grande, qu'aussitôt après l'avoir émise, le savant praticien auquel je l'emprunte se hâte de compléter les renseignements relatifs aux avortements spontanés et oppose cette absence de rupture de membranes, pendant les deux premiers mois, à sa fréquence à une époque plus avancée de la grossesse. « Celles-ci sont, dit-il, souvent rompues par les contrac- « tions utérines, et cette rupture, fréquente dès le quatrième « mois, devient la règle dans le cinquième et le sixième, où « l'avortement commence à se rapprocher par ses phénomènes « de l'accouchement prématuré. Jusque vers le milieu de la « grossesse, la division de l'œuf, l'écoulement du liquide « amniotique, la sortie du fœtus, utiles à constater à d'au- « tres points de vue, sont des actes d'une importance secon- « daire, considérés comme phénomènes du travail. Le phé- « nomène capital est l'expulsion de l'œuf, entier ou divisé, « et l'on peut dire, avec raison, que la femme qui avorte accou- « che d'un œuf, en un mot, que l'avortement tout entier n'est « qu'une délivrance. » (1)

Si la question de l'intégrité ou de la division de l'œuf n'est qu'un phénomène accessoire pour les accoucheurs, au point de vue du mécanisme du travail, elle a pour les médecins légistes une importance capitale, au point de vue de la constatation des circonstances, naturelles ou accidentelles, qui ont présidé à l'avortement. Aussi voyons-nous cette importance reconnue et proclamée par M. Tardieu dans le passage suivant, où il n'hésite pas à invoquer l'autorité de M. Devergie :

« D'autres fois les membranes sont plus ou moins largement

(1) Jacquemier. Art. : *Avortement*, In *Dict. encyclopédiq. des sciences médicales*, t. V.

« ouvertes, et on pourra les trouver décollées dans une étendue « plus ou moins considérable, circonstance qui, si elle coïncidait avec une faible dilatation du col utérin, conduirait, suivant une observation fort judicieuse de M. Devergie, à exclure « l'idée d'un travail spontané d'expulsion du fœtus, et s'expliquerait, au contraire, très-facilement, par l'introduction d'un « agent mécanique dans l'intérieur de la matrice » (1).

On comprendra, du reste, quelle importance peut avoir pour le médecin légiste le fait seul de la rupture des membranes, constatée à une époque peu avancée de la grossesse, si l'on veut bien se rappeler, avec M. Charpentier (2), que : « Les membranes ont de la peine à se rompre spontanément, et ce sont, « pour la plupart du temps, les doigts du chirurgien, ou un « instrument guidé par sa main, qui rompent les membranes, « soit en passant au travers du placenta, soit en décollant un « de ses bords. »

Faisons application de ces données physiologiques, parfaitement établies, à l'étude du cas qui nous occupe, et voyons d'abord ce que nous pouvons conclure de l'examen anatomique, seul et indépendamment des autres renseignements, de ceux qui pourraient être fournis par l'instruction, si nous étions en présence d'un fait déféré à la justice.

Voici un œuf, composé uniquement d'un placenta et de ses membranes, qui, au moment où il a été trouvé au milieu des caillots, était complètement retourné sur lui-même, à la façon d'un doigt de gant. Sa face interne, ou choriale, était devenue externe. Ce renversement s'est fait à travers une ouverture de 1 centimètre à peine, à bords déchirés, irréguliers. Dans l'angle d'une de ces déchirures, on trouve un petit prolongement chorial dans l'épaisseur duquel existe un petit caillot. Mais notez bien que ce petit caillot, tout en étant encore imprégné de matière colorante, est fibrineux, et, en l'examinant avec une attention suffisante, nous sommes demeuré convaincu qu'il est le résultat d'une hémorrhagie par déchirure ou par section de tissu, et

(1) Tardieu. *Loc. cit.*
(2) Charpentier. *Leçons sur les hémorrhagies puerpérales*, 1874.

non d'une apoplexie. Nous sommes, du reste, dans une des parties les plus minces des membranes qui entourent l'œuf, et non au milieu des villosités placentaires, où devraient se trouver les caillots apoplectiques, s'il en existait. Dans toute sa portion la plus épaisse, dans celle qui correspond à l'insertion du cordon, que nous allons examiner tout à l'heure, nous ne trouvons aucune lésion morbide, aucun de ces états pathologiques qui révèlent une maladie de l'œuf, aucun de ces caillots apoplectiques qui se présentent habituellement comme la lésion, en quelque sorte caractéristique, de l'avortement naturel.

Le cordon adhérent à ce placenta est parfaitement sain. Il ne s'est rompu qu'à 5 centimètres de son insertion placentaire, c'est-à-dire, vu l'âge du produit, presque au niveau de son insertion fœtale ; il offre une résistance suffisante pour prouver qu'il n'a dû se rompre que sous l'influence d'un effort assez énergique. Cela nous démontre tout d'abord une chose : c'est qu'il n'a pas macéré, après la mort du fœtus, dans les eaux de l'amnios, et que, par conséquent, le fœtus n'était pas mort depuis longtemps. Nous pouvons même affirmer qu'il était vivant au moment de l'avortement. De cette persistance de la vie du fœtus, c'est encore l'examen du cordon qui nous fournit la preuve ; car, des trois vaisseaux, un seul contient du sang, la veine ; les deux autres, les artères, sont vides, et c'est un signe dont on ne peut contester l'importance. Nous arrivons donc ainsi à reconnaître : d'une part que le produit de la conception ne présentait aucun de ces états pathologiques qui peuvent déterminer sa mort pendant la gestation, et par conséquent expliquer un avortement naturel ; et, d'autre part, qu'il était encore vivant au moment où cet avortement s'est effectué.

Quelle a donc été la cause efficiente de cet avortement ? Je la trouve dans cette déchirure qui existe sur un point de la circonférence de l'œuf, ouverture à travers laquelle le placenta s'est en quelque sorte retourné, à la façon d'un doigt de gant. Il est certain que ce retournement n'a pu s'opérer que par suite de la traction exercée par le cordon sur le point de la paroi auquel il est inséré. On comprend, en effet, que le fœtus, s'étant engagé le premier dans cette ouverture, a entraîné avec lui le

cordon, et le placenta, qui lui adhérait, et a ainsi provoqué le décollement, puis le renversement de ce dernier. Il est possible que ce phénomène soit la conséquence des tractions exercées sur le fœtus, saisi par une pince au moment où il franchissait le col, et je ne voudrais pas affirmer que les choses ne se soient pas passées ainsi. Mais cette intervention d'une puissance étrangère n'est pas indispensable pour expliquer ce qui s'est passé. Le fœtus, une fois engagé entre les lèvres du col, a été repoussé par les contractions utérines, comme l'est un noyau de cerise pressé entre les doigts; et le cordon, après avoir résisté assez longtemps pour permettre au placenta de se retourner, a fini par se rompre, laissant partir l'embryon, tandis que le reste de l'œuf adhérait encore, par certaints points, à la surface interne de l'utérus.

Ce n'est pas dans les tractions exercées sur le fœtus, ni, par conséquent, dans la rupture du cordon, que je vois la main criminelle qui a provoqué cet avortement. Mais je la vois d'une façon évidente, incontestable, dans cette déchirure qui existe à la partie inférieure de l'œuf, déchirure qui n'a pas pu se produire spontanément, et à travers laquelle le fœtus est sorti, puis le placenta s'est retourné.

Si une maladie du placenta avait déterminé la rupture de ses membranes, de façon à permettre l'expulsion séparée de l'embryon à une époque aussi peu avancée de la grossesse, nous aurions trouvé, sur ce qui nous reste de l'œuf, des lésions de structure ou de tissu que nous y avons vainement cherchées, et nous n'aurions pas ce retournement du placenta sur lui-même, à travers un orifice étroit, retournement que je ne trouve indiqué par aucun auteur, comme pouvant se produire dans un avortement naturel, à deux mois, et qui témoigne à mes yeux de la lenteur et de la difficulté avec laquelle s'est opéré le décollement de cet œuf.

Voilà ce que nous donne l'anatomie seule, mais l'interrogatoire de la malade, tout incomplet qu'il ait été, puisqu'il ne nous a pas été permis de contrôler, par des témoignages contradictoires, les renseignements qu'il nous fournissait, vient encore éclairer la question. Je n'ai jamais pu, j'en con-

viens, arriver à un aveu, quelque pressantes et variées qu'aient été mes questions; car il s'agissait d'une femme dont la naïveté ne pouvait être surprise. Elle avait déjà eu un enfant, et vivait, ne l'oublions pas, dans une maison de prostitution où elle était employée comme domestique. Elle n'a pas ignoré sa grossesse, qui l'a fort desagréablement surprise, et elle n'a pas dissimulé l'ennui qu'elle lui faisait éprouver ; c'est là un fait important et qui est établi de la façon la plus positive. Mais elle ne sait comment expliquer la terminaison prématurée de cette grossesse, terminaison si conforme à ses désirs. Elle l'attribue à la fatigue de son travail, mais ce travail n'avait rien d'excessif; il n'a entraîné ni chute, ni contusion, ni aucun de ces accidents qui peuvent provoquer un avortement, auquel cette femme était d'autant moins prédisposée que sa santé antérieure était parfaite, et qu'elle avait eu une première grossesse, menée à bon terme, dans les meilleures conditions possibles. Notons enfin qu'elle ne participait pas aux actes de débauche de la maison dans laquelle elle travaillait, et que, n'ayant de rapports qu'avec un seul homme, elle n'a pas été exposée à cette autre espèce d'avortement qui résulte de l'abus excessif des rapprochements sexuels. La cause de cet avortement nous échappe donc, et c'est là, sinon une preuve péremptoire, au moins une forte présomption qui nous empêche de le considérer comme naturel.

Les premiers symptômes surviennent vers le 5 ou 6 du mois; ils consistent en coliques d'abord vagues, puis en perte de sang succédant à un écoulement leucorrhéique dont la malade dit avoir été affectée depuis l'époque où ses règles ont dû se montrer, c'est-à-dire depuis cinq semaines environ. Je m'arrête sur ce premier renseignement pour faire remarquer combien il concorde peu avec l'examen de l'œuf que nous avons sous les yeux, et qui représente une grossesse, non pas d'un mois ou cinq semaines au plus, mais bien de deux mois ou peut-être même d'un peu plus. On s'explique, du reste, comment la malade a pu laisser passer, sans trop s'en préoccuper, la première époque de ses règles, et attendre jusqu'à la seconde pour avoir la confirmation de sa grossesse et user des moyens auxquels elle a eu recours pour la faire cesser. Dès le lende-

main, 7, les douleurs deviennent excessives. L'hémorrhagie augmente. Que fait la malade? Elle va, dit-elle, trouver un médecin; mais, ce qui est bien significatif, elle ne peut nous donner ni le nom ni l'adresse de ce médecin, ni nous indiquer le traitement qu'il lui a prescrit. « L'ordonnance était beaucoup trop compliquée, dit-elle, et je ne l'ai pas fait exécuter. » J'ai de la peine, je l'avoue, à admettre cette visite au médecin, et je croirais bien plutôt que là vient se placer l'intervention du, ou de la, complice qui a pratiqué les manœuvres abortives.

Mais ce n'est pas tout : cette femme, qui a des coliques violentes, compliquées de pertes de sang abondantes, qui se croit enceinte, et qui, par conséquent, doit redouter une fausse couche, non-seulement ne se soigne pas, par cette raison que le médecin lui a fait une ordonnance « trop compliquée », mais encore ne prend pas soin de regarder ni de faire regarder dans les caillots qu'elle expulse. Elle ne sait s'ils renfermaient un embryon ou quelque chose d'extraordinaire. Elle n'a pas regardé, elle n'a pas vu; mais lorsqu'elle s'est décidée à venir à nous, elle a eu soin de ne le faire qu'après l'issue de l'embryon; et le placenta, auquel cet embryon était attaché, avait été tiré si violemment qu'il s'était retourné sur lui-même, à travers la déchirure par laquelle le fœtus était déjà sorti. Elle n'a donc réclamé mes soins que le 10, trois jours après ces grandes douleurs, pour lesquelles elle a demandé cette consultation qu'elle n'a pas exécutée, sous prétexte qu'elle était « trop compliquée », et c'est seulement deux jours après qu'elle a rendu la seconde partie de l'œuf, celle que je viens de décrire, après l'avoir placée sous les yeux de la Société de médecine légale.

En vérité, à moins d'avoir été effectivement présent à tous les actes d'un avortement, il n'est pas possible d'y assister plus exactement et de les suivre avec plus de certitude qu'il nous est permis de le faire dans le cas actuel. Aussi, plus je réfléchis à toutes les circonstances qu'il m'a été permis de relater, plus j'acquiers non-seulement la conviction, mais je puis même dire la certitude absolue que, dans ce cas, il s'agissait bien réellement d'un avortement criminel.

Comme vous venez de le voir, Messieurs, les déductions sur les-

quelles je me suis appuyé pour arriver à cette conclusion, tout en étant basées sur les notions physiologiques les mieux établies, ont toujours été rigoureusement circonscrites à l'étude d'un fait particulier. — C'est ainsi, du reste, que je vous ai toujours recommandé de procéder en médecine légale, et cependant on m'a reproché d'avoir voulu systématiser à tort en donnant la formule d'une loi générale qui ne serait même pas justifiée par le fait particulier et tout à fait exceptionnel sur lequel j'aurais la prétention de la fonder.

En ce qui concerne le fait particulier, je viens de vous le rapporter dans tous ses détails et je ne veux rien ajouter à cet exposé qui me paraît plus que suffisant pour entrevoir la conviction de tous ceux qui voudront bien l'étudier sans opinion préconçue.

Quant aux conclusions générales à tirer de ce fait particulier, elles n'auraient que bien peu d'importance s'il était resté isolé; mais sa valeur s'est promptement accrue de nombreux faits tout semblables qui n'ont pas tardé à venir se grouper autour de lui, de façon à lui donner une puissance de démonstration tout à fait irrésistible. — Ils forment aujourd'hui un total de 18 cas, recueillis avec le plus grand soin par un de mes anciens internes, qui est resté l'un de mes plus zélés collaborateurs, M. Leblond (1).

Parmi ces 18 cas ce consciencieux observateur n'a pu relever qu'une seule exception. Et encore cette exception, comme cela arrive si souvent, vient-elle plutôt confirmer la règle que la détruire. — Ce qui dans le fait qui sert de point de départ à cette discussion, m'a porté à attacher une importance capitale à la rupture des membranes et à la considérer comme étant la conséquence de manœuvres criminelles, c'est, on ne peut l'avoir oublié, que ces membranes n'étaient aucunement altérées dans leur structure, et qu'aucune lésion de tissu ne nous permettait de soupçonner une maladie, soit de l'œuf, soit de ses enveloppes, à laquelle il fût possible d'at-

(1) Leblond. *Annales de Gynécologie* et *Bulletin de la Société de médecine légale.*

tribuer l'avortement. Or, dans le cas exceptionnel de M. Leblond, dont l'observation lui a été communiquée par M. le Dr Laville, de Gaillac, les choses sont loin de se passer ainsi. Je vois, en effet, que : « Le placenta présente à son centre une épaisseur de « un centimètre et plusieurs noyaux apoplectiques dans son « tissu : leur grosseur varie entre celle d'un haricot et celle « d'une tête d'épingle. Les membranes sont d'un tissu fria- « ble. » (1)

Ces lésions sont plus que suffisantes pour expliquer d'une façon toute naturelle et l'avortement et la rupture insolite des membranes, aussi jamais, en face d'un cas pareil, aucun expert n'ira songer à la possibilité d'un avortement criminel ou provoqué.

Il peut bien, en dehors de ces cas pathologiques, se trouver d'autres circonstances dans lesquelles les membranes viennent à se rompre, soit au moment où l'avortement s'effectue, soit après l'expulsion de l'œuf, sans que cette rupture puisse être attribuée à l'action de manœuvres criminelles. Mais c'est à découvrir ces circonstances que l'expert doit employer toute sa perspicacité, et je prétends qu'il doit lui être toujours possible d'y parvenir. En effet, comme je vous l'ai déjà dit bien des fois et je ne saurais trop le répéter, ces membranes présentent une très-grande tenacité qui leur permet de résister à des pressions ou à des chocs assez énergiques; aussi se retrouvent-elles souvent intactes dans des cas où on aurait pu les croire déchirées, et quand elles se rompent accidentellement les personnes qui assistent à cette rupture peuvent, en général, se rendre exactement compte du moment où elle s'est opérée.

Deux exemples vont vous permettre de bien apprécier comment les choses se passent en pareil cas :

Lorsque j'ai appelé l'attention sur l'importance qu'il convient d'attribuer, en médecine légale, à l'intégrité ou à la rupture des membranes qui enveloppent un œuf abortif de moins de trois mois, un de mes honorables collègues, de la Société de méde-

---

(1) *Annales de Gynécologie*, juin 1876.

cine à Paris, M. le Dr Blondeau, m'a fait une objection qui m'a paru extrêmement sérieuse, car elle s'appuyait sur un fait tiré de la propre pratique de cet observateur, aussi sagace que distingué. — Une jeune dame de sa clientèle, voyageant au début d'une grossesse, est prise en chemin de fer d'une métrorrhagie qui se termine par un avortement. — Les douleurs sont presque nulles, mais son embarras est grand pour dissimuler l'état dans lequel elle se trouve. Elle se garnit le mieux qu'elle peut, et, une fois rentrée chez elle, on trouve, au milieu de ses linges, un produit de conception que M. Blondeau recueille et qui, à un premier examen, lui paraît déchiré, quoique l'avortement se soit fait d'une façon toute spontanée. Il me parut que, à la rigueur, la rupture des membranes pouvait parfaitement bien s'expliquer ici par les pressions inévitables auxquelles cet œuf était demeuré exposé pendant tout le temps du voyage, alors que la femme, se tenant assise, et dans une position nécessairement fort gênée, devait faire de nombreux mouvements, par suite desquels il n'y aurait rien eu d'étonnant qu'elle l'eût écrasé, alors même qu'il aurait été expulsé en bloc et parfaitement intact. Mais il n'en était rien et, en l'examinant avec plus de soin, je pus acquérir et faire partager à M. Blondeau la certitude que cet œuf avait échappé aux nombreuses causes de rupture auquelles il avait été assez longtemps exposé. Ce que l'on avait pris tout d'abord pour des membranes ovulaires déchirées, étaient deux fragments de muqueuse utérine exfoliée, et outre ces débris, nous trouvâmes un petit œuf parfaitement intact. Il avait le volume d'une grosse aveline et était hérissé de villosités choriales sur toute sa surface. Cet œuf une fois débarrasé du sang et des débris qui l'entouraient fut présenté successivement à la Société de médecine de Paris et à la Société de médecine légale (séance du mois de mai 1875), et tous les membres de ces deux compagnies savantes purent constater l'intégrité parfaite de ses membranes d'enveloppe.

Le second exemple, tout en témoignant comme le précédent de la force des membranes qui enveloppent l'œuf, entre le deuxième et le troisième mois de la gestation, vous prouvera

comment il peut être possible de se rendre compte des circonstances dans lesquelles s'est opérée leur rupture.

Une femme de 34 ans, d'une constitution vigoureuse, ayant eu déjà six grossesses dont quatre terminées par des accouchements à terme et deux par des fausses couches, survenues sans cause connue, l'un à 6 mois 1/2, l'autre à 2 mois environ, était couchée au n° 18 de ma salle du Rosaire lorsqu'elle fit un avortement, dont le produit, retrouvé au milieu des linges et de caillots en partie desséchés, ne me fut montré que deux jours après. C'était un embryon ayant de 5 à 6 cent., et pesant 5 grammes environ, mais si déchiré, si écrasé, qu'il n'était pas possible de le reconstituer en entier.

Tout ce que nous pûmes constater c'est d'abord qu'il n'y avait pas de sang extravasé dans ses tissus, ce qui démontrait que les délabrements qu'il avait subis étaient postérieurs à son expulsion ; puis nous vîmes que ses membres supérieurs se détachaient bien du tronc et qu'il existait des points osseux dans les maxillaires inférieurs ainsi que dans les clavicules. Il correspondait donc à une grossesse d'au moins trois mois. L'état dans lequel se trouvait cet embryon ne pouvait être attribué à des manœuvres abortives, tandis que l'avortement spontané s'expliquait très-bien par un état maladif antérieur de la matrice. Que s'était-il donc passé? le voici en deux mots. Cette femme, devenue enceinte dans le cours d'une métrite avec ulcération du col, avait vu son état s'aggraver depuis le début de sa grossesse et elle avait un écoulement sanguin par la vulve, depuis plusieurs jours, lorsqu'elle entra à l'hôpital. Tout d'un coup cette hémorrhagie s'aggrava, puis elle rendit des caillots, au milieu desquels elle nous dit elle-même en avoir aperçu un plus gros que les autres, ayant une forme arrondie, ovalaire, et présentant un aspect lisse un peu bleuâtre. Ce caillot a été également vu et décrit de la même manière par une de ses voisines, et aucune de ces deux femmes n'a remarqué dans les produits expulsés de débris de fœtus semblables à ceux qui ont été retrouvés au milieu des linges et que nous leur montrons. L'œuf aurait-il donc été expulsé en totalité, malgré l'époque assez avancée de la grossesse, et sa rupture n'au-

rait-elle eu lieu que postérieurement à l'avortement? J'hésitais à le penser, mais je ne pus conserver le moindre doute à cet égard lorsque j'appris de l'infirmier, qui avait été chargé d'emporter les linges ayant servi à cette femme, qu'au moment où il les déposait sur le parquet, il avait mis le pied dessus et éprouvé aussitôt la sensation que donnerait un corps mou et résistant en s'écrasant. Il n'est pas douteux que ce ne soit alors qu'ont été rompues les membranes et que le fœtus a été, par suite de cet écrasement, mis dans le déplorable état où nous l'avons trouvé.

Je n'insiste pas sur ces observations, elles nous donnent la mesure des conditions dans lesquelles vous pourrez rencontrer les membranes de l'œuf rompues sans qu'il y ait avortement provoqué.

En tout cas cette rupture, se produisant dans le cours des trois premiers mois de la grossesse, est un signe sur lequel je ne saurais trop attirer votre attention et qui me paraît destiné à acquérir une grande valeur en médecine légale, car il repose sur des faits nombreux, authentiques, incontestables, et contre l'autorité des faits, les critiques purement théoriques, si habilement qu'ellet soient présentées, ne sauraient jamais prévaloir (1).

Au surplus, et c'est par là que je termine, il ne s'agit pas, comme on me l'a fait dire, d'incriminer toutes les femmes qui pourront faire, dans les premiers mois de leur grossesse, un avortement en deux temps, parce que, pour une cause ou pour une autre, les membranes de leur œuf abortif se seraient rompues. Il s'agit seulement de rechercher les causes de cette

---

(1) Depuis que ces Leçons ont été faites, et comme corollaire à la discussion qui a eu lieu, sur ce sujet, au sein de la *Société de médecine légale*, M. le docteur de Beauvais a présenté à cette Société savante (séance du 11 juin 1877) un album sur lequel M. le Dr Martin Saint-Ange a dessiné tous les œufs abortifs qu'il a pu recueillir depuis 1832. Ce laborieux observateur résume le résultat de ses longues et patientes recherches, qui portent sur environ 300 faits, dans la proposition suivante : « L'œuf, dans la majorité des cas est expulsé en entier, « et en même temps que la totalité de la membrane caduque. La rupture de « l'œuf et la sortie de son produit constituent l'exception. »

rupture, dans les cas où l'action de la justice est mise en éveil, et ce que je crois avoir suffisamment démontré, c'est que, si, dans ces cas, la rupture des membranes ne s'explique pas par une maladie de l'œuf, pouvant avoir modifié leur texture, elle constitue alors un signe important, qui vient apporter un élément de plus à l'appui de l'accusation.

REVUE CLINIQUE

CLINIQUE DE L'HÔPITAL SAINT-SAUVEUR A LILLE.

DÉVELOPPEMENT SACCIFORME DE LA PAROI POSTÉRIEURE DE L'UTÉRUS; DÉVIATION DU COL DE CET ORGANE EN AVANT: DIFFICULTÉ DANS L'EXTRACTION DU FŒTUS, CRANIOTOMIE, GUÉRISON DE LA FEMME,

Par le Dr Pilat, (de Lille).

La nommée Rouchin (Angélique), célibataire, âgée de 31 ans, couturière, entre dans le service de la Maternité le 22 mars 1877. Cette femme, d'une constitution délicate mais bien conformée du reste, a été réglée à 14 ans, et depuis cette époque l'écoulement menstruel s'est reproduit régulièrement, chaque mois, avec une abondance ordinaire. Elle a fait deux fausses couches : l'une à trois mois, l'autre à cinq mois, sans qu'il soit possible de déterminer la cause de ces deux avortements. Devenue enceinte de nouveau, elle a vu ses règles pour la dernière fois vers le 15 juin 1876; elle paraît donc arrivée au terme de la gestation. Vers la fin du troisième mois, elle ressentit de la gêne dans le bassin, et eut une perte sanguine de moyenne abondance qui s'arrêta d'elle-même au bout de vingt-quatre heures environ. Pendant les six derniers mois, aucun accident n'avait troublé la marche de la grossesse, si ce n'est un peu de pesanteur dans le bassin, un peu de constipation, mais point de difficulté notable dans l'émission de l'urine.

Le 23, à la visite, cette femme nous apprend que depuis deux jours elle a perdu un peu d'eau à des intervalles peu éloignés, ce qui l'a

décidée à entrer à l'hôpital ; car elle n'éprouva pendant ce laps de temps aucune douleur d'accouchement. Dans la nuit du 22 au 23, c'est-à-dire celle qui suivit son entrée, à 1 heure du matin, l'écoulement s'est reproduit en très-grande abondance; nous constatons, en effet, que le ventre est peu volumineux, et que le fond de l'utérus s'élève à peine de deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic; il n'y a pas plus de contractions que les jours précédents.

En pratiquant le palper abdominal, nous reconnaissons que les membres inférieurs sont en haut et à gauche, et le dos de l'enfant tourné à droite; les bruits du cœur du fœtus s'entendent très-distinctement sur le trajet d'une ligne s'étendant de l'ombilic à l'éminence iléo-pectinée du côté droit. Il y a 148 à 150 pulsations, ce qui nous fait supposer qu'elle porte une fille dans son sein.

Au toucher vaginal, nous trouvons le col de l'utérus poussé en avant, derrière le pubis; il est toutefois peu élevé, et peut être atteint avec le doigt; il est mou, et laisse facilement ce dernier pénétrer dans son intérieur et atteindre la partie fœtale qui se présente. Nous constatons, en effet, une présentation du sommet en occipito-iliaque droite antérieure; mais la tête est à peine engagée, et l'occiput est poussé en avant vers le rebord du pubis.

En portant le doigt en arrière, nous constatons la présence d'une tumeur occupant la partie inférieure de l'excavation pelvienne, et poussant fortement en avant la paroi postérieure du vagin jusqu'à 2 centimètres environ de la vulve. Le cul-de-sac postérieur est effacé, et le vagin se termine sur la lèvre postérieure, dont il n'est séparé que par un sillon peu profond. Cette tumeur est molle, aplatie, et présente en avant la forme de la grosse extrémité d'une raquette.

Le doigt, porté au-dessus de la lèvre antérieure du col, nous fait constater l'existence du cul-de-sac antérieur; il remonte plus haut que dans l'état normal. Là la paroi antérieure et inférieure de l'utérus est peu saillante, et s'éloigne du pubis.

L'index de la main droite, introduit ensuite dans le rectum, nous fait reconnaître la présence de la tumeur, qui s'élève jusque dans la concavité du sacrum. Sa consistance est la même que celle de la partie qui proémine dans l'intérieur du vagin. La paroi antérieure du rectum est repoussée en arrière, et la lumière de l'intestin entièrement effacée, ce qui explique la constipation dont cette femme était tourmentée pendant les derniers mois de la gestation. Cherchant une interprétation de la forme insolite de l'utérus que nous avions sous les yeux pour porter un diagnostic, nous passâmes en revue les cas pathologiques qui pouvaient avoir quelque ressemblance avec ce que nous observions chez cette femme. Nous rejetâmes l'idée d'une rétroversion : d'abord parce qu'elle est excessivement rare à une époque aussi avancée de la grossesse, et ensuite parce que nous ne sentions

aucune partie fœtale dans la tumeur, et que nous avions reconnu par le palper les deux extrémités du fœtus vers le fond de l'utérus et au détroit supérieur du bassin. Ce n'était pas non plus une tumeur fibreuse développée dans la paroi de la matrice ni un polype, la tumeur que nous observions n'en avait ni la consistance ni la forme. La tumeur nous paraissait également trop volumineuse et trop étendue pour être constituée par un kyste développé dans la cloison recto-vaginale. Celui-ci, d'ailleurs, quand il existe ne change pas sensiblement la direction du col de l'utérus, et n'occupe qu'un espace assez restreint de la cavité du bassin; il n'y avait point de fluctuation. La tumeur avait bien la forme d'une hématocèle rétro-utérine, mais cette dernière ne s'observe pas dans la période avancée de la grossesse, et présente une fluctuation que nous n'observions pas dans le cas présent. Au milieu des perplexités dans lesquelles nous nous trouvions, l'idée nous vint que la tumeur pouvait bien être formée par le placenta inséré sur le segment postérieur et inférieur de l'utérus, dont la laxité et le peu de résistance permettaient à cette annexe du fœtus de pousser devant elle cette paroi et d'occuper ainsi la partie inférieure du bassin. Pour nous en assurer, nous introduisîmes le doigt dans l'utérus aussi haut que possible, mais nous ne pûmes constater cette insertion, parce que le col n'était pas assez dilatable pour pénétrer jusque-là. Nous ne pouvions arriver que jusqu'au bourrelet formé par le segment inférieur là où se termine l'orifice interne du col. La suite, cependant, nous a prouvé que nous étions dans le vrai. Comme l'état de la malade ne réclamait pas une intervention immédiate, puisque le travail n'était pas commencé, nous attendîmes.

Les 24, 25 et 26. Les eaux continuèrent à s'écouler modérément par intervalles lorsque la femme était debout; il n'y avait pas de contractions sensibles de l'utérus: le col restait le même quant à sa dilatation; les battements du cœur du fœtus s'entendaient toujours, mais ils étaient moins forts.

Le 27. A la visite du matin, il existe quelques contractions utérines; mais la tête du fœtus n'est pas plus engagée que les jours précédents, et le col est toujours peu dilaté.

Dans le but de favoriser sa dilatation, nous faisons quelques irrigations, sans autre résultat que d'augmenter les contractions de l'utérus. Nous employons ensuite le dilatateur Tarnier; mais lorsque nous voulons insuffler de l'air dans la boule, elle éclate. Nous abandonnons alors le travail à lui-même. Le soir, à 7 heures, les douleurs sont rapprochées, assez intenses; le col est dilaté comme une pièce de 5 francs, mais la tête est à peine engagée, refoulée qu'elle est par la tumeur. L'interne de garde nous fait prévenir, à 1 heure et demie du matin, que le col est dilaté, que la tête est un peu plus descen-

due, et que la poche des eaux tend à se reformer. A notre arrivée, nous constatons, en effet, que le col est assez dilaté pour permettre l'introduction des cuillers du forceps. Après avoir rompu la poche des eaux et chargé le chef de clinique de refouler, autant que possible, la tumeur dans le bassin, nous procédons à l'application du forceps, afin de vaincre la résistance apposée par la tumeur.

La tête étant saisie latéralement, nous faisons des tractions légères d'abord, plus énergiques ensuite; mais, au fur et à mesure que la tête descend, la tumeur suit le même mouvement, faisant une forte saillie entre les cuillers au-dessus do l'entablement, et se montre à l'orifice de la vulve, malgré les efforts faits pour la repousser à l'intérieur. En présence d'une pareille difficulté, nous croyons prudent de ne pas insister davantage sur les tractions, dans la crainte de produire une déchirure sur la paroi postérieure de l'utérus; et l'enfant, ne donnant plus signe de vie, nous prenons le parti de pratiquer l'opération de la crâniotomie. Mais avant nous laissons la femme prendre quelques instants de repos. Cette opération, effectuée sans difficulté, amena l'écoulement de la substance cérébrale et un amoindrissement de la tête du fœtus suffisant pour permettre de l'extraire au moyen de tractions peu énergiques et faites prudemment. Mais, une fois celle-ci sortie, notre tâche n'était point terminée : les épaules, placées transversalement et poussées en avant par la tumeur, ne furent amenées au dehors qu'après des efforts réitérés. L'enfant, du sexe féminin, pesait 2,800 grammes, abstraction faite de la portion du cerveau qui s'était écoulée au dehors après la perforation.

Aussitôt après l'extraction du fœtus, nous introduisons la main droite dans le vagin, afin de constater l'état des parties. L'utérus est revenu sur lui-même, mais le segment inférieur de la paroi postérieure est resté plus bombé que dans l'état normal, et la tumeur s'étend jusque dans la concavité du bassin.

La paroi postérieure du vagin a repris sa position habituelle, et le cul-de-sac postérieur est presque complètement reformé; néanmoins, le col de l'utérus est encore un peu dirigé en avant. La cloison recto-vaginale a son épaisseur normale, ce qui exclut toute idée d'un kyste, qui se serait crevé pendant l'extraction du fœtus.

Une partie de la main, introduite ensuite dans l'utérus, nous permet de constater la présence du placenta là où l'utérus est encore distendu; il est en partie adhérent et en partie détaché. Nous attendons dix minutes avant d'en opérer l'extraction. Au bout de ce temps, quelques tractions exécutées sur le cordon n'ayant pu amener le délivre à l'orifice du col, nous opérons le décollement artificiel avec la main; puis nous admnistrons 0 gr. 75 d'ergot de seigle.

Les suites de couches furent naturelles, et la femme put sortir le 11 avril, parfaitement rétablie.

Quant à la cause du développement sacciforme de la paroi postérieure et inférieure de l'utérus, il est assez difficile de la connaître; car on trouve souvent le placenta inséré sur cette partie, sans qu'il en résulte rien d'anormal dans la forme de l'organe gestateur, et une difficulté dans l'expulsion du fœtus. On pourrait supposer ici qu'il a existé dans les premiers mois de la grossesse une rétroversion de l'utérus qui s'est réduite d'elle-même, comme il en existe des exemples. Dans cette hypothèse, le segment inférieur de la matrice ayant perdu sa force rétractile, et s'étant aminci par suite de la pression exercée par la partie du fœtus retenue au-dessous de l'angle sacro-vertébral plus ou moins longtemps, a permis au placenta, inséré sur lui, de continuer à se distendre et de former la tumeur que nous avons constatée dans la partie inférieure de l'excavation du bassin; mais ce n'est là qu'une hypothèse. Toutefois il est bon de rappeler ici ce que notre accouchée a éprouvé vers le troisième mois de la grossesse : de la gène dans le bassin, accompagnée d'une hémorrhagie qui d'après cette supposition, se serait arrêtée après la réduction.

Ce fait a quelque analogie avec la IIe observation rapportée par M. le professeur Depaul, dans son remarquable mémoire sur la forme insolite que peut prendre l'utérus pendant la grossesse. Dans ce cas, beaucoup plus compliqué que le nôtre, le col de l'utérus était poussé plus haut derrière le pubis, et la tumeur renfermait, outre le placenta, une partie fœtale.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Sur la numération des globules du lait pour l'analyse du lait de femme, par M. E. Bouchut. — Cette note a pour but de montrer que l'analyse du lait peut se faire avec le microscope, d'une façon utile et pratique, par la *numération des globules laiteux*, qui représentent exactement la quantité de beurre renfermée dans ce liquide. L'auteur a fait préparer, par M. Nachet, des cellules à un dixième de millimètre de profondeur, spéciales pour l'analyse du lait: c'est avec ces cellules qu'il a opéré.

« On prend une goutte de lait, mesurée avec le compte-gouttes gradué de Limousin, et on la mélange avec 100 gouttes d'eau distillée pure,

ou mieux salée au centième. Cette addition a pour but d'avoir un liquide à 1030, facilitant l'élévation des globules du lait, plus lente dans l'eau distillée. Alors, une goutte de ce mélange au centième étant placée sous le microscope, dont l'oculaire est quadrillé au cinquième, comme celui qui sert aux mensurations des globules sanguins, on compte ce qui se trouve compris dans le carré. Supposons qu'on y compte 92 globules de lait, gros ou petits; on devra compter de nouveau à trois reprises sur des points différents et prendre la moyenne. Cette moyenne doit être divisée par 4, puisque, ayant compté dans un quadrillage ayant un cinquième de côté, et renfermant quatre carrés de un dixième, il faut prendre le quart du nombre de globules trouvé. Cela fait, on multiplie par 1000 (le cube de 10), puisque la cellule est au dixième, puis par 100, puisque le titre du liquide est au centième. Ainsi, si 292 est le nombre des globules trouvés dans trois numérotages du quadrillé au-dessous duquel se trouve la solution de lait au centième, le calcul, tel qu'il vient d'être indiqué, donne 2.427.000 pour le nombre des globules de lait dans 1 millimètre cube de lait. »

Sur 158 nourrices, le minimum et le maximum pour chaque nourrice a varié de 200.000 à 400.000 globules et 4.000.000 à 5.000.000 de globules. Ces nombres comprennent les gros et les moyens globules, ainsi que les petits globulins.

L'auteur s'est livré à des évaluations destinées à remonter du nombre des globules au poids approximatif de la quantité de beurre par litre de lait, ou même à déterminer approximativement, à 2 degrés près, la densité de ce liquide; cela est facile en comparant le lait de vache au lait de la femme. Voici ses observations sur le lait de vache :

« Il faut prendre, dit-il, une certaine quantité de lait, 15 grammes, et parallèlement faire : 1o la numération exacte des globules sur le lait préparé par le microscope; 2° la détermination de la densité correspondante du lait; 3° la détermination, par l'analyse chimique, de la quantité en poids de beurre contenu dans le lait soumis à l'analyse. En comparant ces trois espèces de résultats, j'ai dressé un tableau indiquant à quelle densité et à quel poids de beurre par litre correspondent les quantités de globules appréciés au microscope. De cette manière, le nombre des globules, dans 1 millimètre cube de lait, permet de dire quel est, à peu de chose près, son poids de beurre et en même temps quelle est sa densité approximative. »

L'opération, faite sur divers échantillons de lait de vache, établit que 1.102.500 globules par millimètre cube donnent une densité de 1022 et 24 grammes de beurre pour 1000. Pour 3.700.000 globules, la densité est de 1030 et la quantité de beurre de 34 grammes.

(*Séance du 12 novembre 1877, — Gaz. hebd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Depaul communique une observation, avec pièces anatomo-pathologiques, d'**oblitération intestinale congénitale**. Le sujet de cette observation, né le 25 juillet dernier, eut le lendemain de sa naissance des vomissements bilieux. La conformation du périnée était normale, mais une sonde de femme, introduite dans l'anus, était arrêtée à 1 c. 1/2 environ. Le petit doigt constatait en ce point l'existence d'un cul-de-sac. M. Depaul réserva son diagnostic au point de vue du siége de l'oblitération intestinale; car il a vu des cas où l'oblitération siégeait à l'extrémité inférieure de l'intestin grêle, bien qu'il existât un cul-de-sac au niveau de l'anus.

Robert et M. Depaul ont donné autrefois les signes qui permettent de soupçonner le siége réel de l'oblitération. Il faut tenir grand compte de la forme et du volume du ventre. Quand le gros intestin est libre et plein de matières, le ventre prend un volume considérable, surtout transversalement. Si le gros intestin est vide, le ventre est pointu et saillant en avant, et on constate de la sonorité au pourtour. L'oblitération siége presque toujours à la fin de l'intestin grêle ou à la fin du gros intestin. L'impulsion communiquée au doigt introduit dans l'anus, pendant les efforts de l'enfant, n'a qu'une moindre valeur; car cette impulsion existe toujours, même lorsque l'oblitération est très-éloignée.

Chez le sujet dont M. Depaul présente la pièce pathologique, on diagnostiqua une oblitération au niveau du cæcum, ce qui éloigna l'idée d'une intervention chirurgicale, l'opération de Littré ne donnant presque jamais de bons résultats. L'enfant mourut de péritonite. A l'autopsie, on trouva l'intestin grêle distendu par les matières.

On voit, sur la pièce, partir de la paroi gauche du bassin un cordon fibreux allant vers la droite, puis se dirigeant horizontalement, et enfin à gauche, pour se terminer au cæcum. Il n'y avait aucune communication entre l'intestin grêle et le gros intestin. (*Séance du 1er août* 1877.)

M. Guéniot fait un rapport sur un travail de M. le Dr Gauvy d'Agde, intitulé : **Dystocie.**

Il s'agit de l'observation d'une petite femme rachitique accouchée par une sage-femme qui, pour terminer un travail trop long, crut devoir intervenir en rompant les membranes, et en administrant, de 8 heures du matin à 2 heures du soir, 3 doses de 1 gramme de seigle ergoté. Cette fâcheuse intervention n'ayant fait qu'aggraver l'état de la malade, un médecin fut appelé, qui tenta d'abord en vain la version, puis fit infructueusement trois essais d'application de forceps.

Lorsque M. Gauvy fut mandé à 9 heures du soir, trente heures après l'opération des premières douleurs, il trouva la malade dans un état très-alarmant. Introduisant la main dans le vagin, il rencontre d'abord une tumeur mollasse, assez volumineuse, constituée par une bosse sanguine énorme contenant des fragments osseux. Au-dessous, il constate que la tête est fortement enclavée au niveau du détroit supérieur. M. Gauvy saisit alors à pleine main le cuir chevelu de l'enfant, et opère ainsi des tractions énergiques et continues pendant un quart d'heure. La tête et le corps cèdent à ces efforts, et la délivrance suit de près l'extraction de l'enfant. Mais la malade, épuisée, succomba vingt-quatre heures après.

Cette femme avait eu deux accouchements antérieurs : le premier, avec présentation du siége, se termina heureusement et spontanément. Le second, avec présentation de l'épaule, ne s'acheva qu'à l'aide d'une version ; enfant mort.

M. Gauvy ajoute quelques considérations, d'où il semble conclure à l'emploi de la version, de préférence à l'application du forceps, dans les cas de rétrécissement du bassin.

« En ce qui me concerne, dit M. Guéniot, loin d'avoir une opinion contraire à celle de notre confrère sur la question qui nous occupe, j'avoue que, depuis longtemps déjà, j'incline à me prononcer en faveur de la version. Il ne me paraît pas douteux que la version ou la naissance par le siége soit de beaucoup préférable à l'emploi du forceps lorsque l'enfant est de volume médiocre. »

Il appelle ensuite l'attention sur le déplorable abus qui a été fait de l'ergot de seigle. Il a vu tant de méfaits dus à l'emploi de l'ergot, qu'il n'hésite pas à en proclamer le libre usage, tel qu'il se pratique, à la fois des plus regrettables et des plus funestes. Pour une femme sauvée à l'aide de l'ergot, il en est dix et peut-être vingt qui lui doivent incontestablement la mort.

Discussion.

M. Lucas-Championnière est pleinement de l'avis de M. Guéniot, relativement à l'emploi du seigle ergoté. Il explique ensuite que si dans ces cas graves l'opération penche en faveur de la version, c'est que, si elle n'est pas couronnée de succès, la céphalotripsie intra-crânienne avec l'instrument de M. Guyon devient beaucoup plus aisée. (*Séance du* 8 *août* 1877.)

Blessure grave du vagin et de la vessie ; guérison spontanée. — M. Fleury (de Clermont), membre correspondant, adresse une observation intéressante de guérison spontanée d'une blessure grave du vagin et de la vessie.

Il s'agit d'une femme de 40 ans, qui, en descendant d'un char rempli de gerbes de blé, tomba à cheval sur une tige de bois, laquelle pénétra dans le vagin, perfora la paroi antérieure de ce conduit, et entra dans la vessie. La tige fut retirée, et la malade éprouva consécutivement des accidents très-graves qui mirent sa vie en danger.

Plus tard, la malade se fit transporter à l'hôpital de Clermont, pour y être traitée d'une incontinence d'urine. On se contenta tout d'abord de relever ses forces, et, lorsque la malade les eut presque complètement recouvrées, M. Fleury constata que la plaie ou fistule s'était presque entièrement cicatrisée; la guérison définitive ne se fit pas longtemps attendre, et la malade depuis sa sortie de l'hôpital n'a pas éprouvé la moindre incontinence d'urine.

Ce fait, dit M. Fleury, vient à l'appui du précepte de la temporisation, posé par un certain nombre de chirurgiens, avant de tenter l'opération de la fistule vésico-vaginale pour des plaies intéressant la vessie et le vagin.

A l'occasion de cette observation, M. Desprès rappelle qu'il a vu deux cas dans lesquels il y a eu perforation du rectum et de la vessie : dans l'un par un manche à balai, dans l'autre par une branche d'arbre. Dans le premier, le malade est mort; dans l'autre, le malade a guéri spontanément. (*Séance du* 17 *octobre* 1877.)

Des injections d'ergotine dans le tissu de l'utérus. — M. Delore (de Lyon), membre correspondant, a, depuis quelques mois, modifié le procédé d'Hildebrand, et fait les injections d'ergotine dans le tissu même de l'utérus à l'aide de la seringue Pravaz. Pour faciliter l'opération, il fait usage d'une canule plus longue et plus rigide ; à la rigueur, la seringue de Pravaz peut suffire. Le chirurgien de la Charité de Lyon emploie la solution suivante : ergotine 1, eau distillée 2. Il préfère cette solution aqueuse à la solution glycérinée d'Hildebrand, qui peut donner lieu à des abcès.

Sur 63 injections semblables, le liquide est sorti une fois, et 3 fois il y eut une petite hémorrhagie artérielle.

Résultats physiologiques. — L'injection d'ergotine produit des effets beaucoup plus intenses que l'ingestion et l'absorption par l'estomac. Il suffit de 20, 30, 40 centigrammes d'ergotine pour obtenir des effets très-intenses. Le phénomène qu'on observe le plus souvent est du frisson et un malaise général. Sur 63 injections, faites à 23 malades, M. Delore a constaté 17 fois un frisson, une fois un tremblement, 16 fois des vomissements bilieux, une fois la syncope, une fois de l'assoupissement, une fois l'altération de la face. Des douleurs ont été notées six fois dans le ventre (intestins, tumeur). Une fois il y eut de la

diarrhée. Ces accidents divers ont duré de quatre à vingt-quatre heures. Deux fois il y eut consécutivement des abcès, l'un dans la portion antérieure du col, l'autre dans la paroi abdominale, après une injetion dans cette région. Cet abcès succédait à une péritonite; il se diffusa assez loin, et guérit par le drainage.

Résultats thérapeutiques. — Sans avoir obtenu les guérisons rapides et remarquables signalées par Hildebrant, M. Delore déclare que la plupart des malades ont été soulagés et redemandaient l'opération. Plusieurs des malades de ce chirurgien avaient subi d'autres traitements, et n'avaient jamais éprouvé une amélioration aussi notable qu'après les injections interstitielles d'ergotine.

Discussion.

M. Duplay a pratiqué plusieurs fois des injections d'ergotine dans la paroi abdominale; mais il n'a jamais obtenu de résultat curatif, et considère comme fantastique ce qui a été dit en Allemagne à ce sujet. Il a néanmoins constaté la diminution des hémorrhagies et de la douleur, et même quelquefois une diminution apparente du volume de la tumeur. Il n'a jamais observé d'accident local à la suite de ces injections sous-cutanées. Il demande à M. Delore quel avantage il peut y avoir à faire ces injections dans l'utérus plutôt que dans la paroi abdominale.

M. Terrier est de l'avis de M. Duplay. Il n'a jamais vu d'accident se produire à la suite d'injections d'ergotine bien faites dans la paroi de l'abdomen. La solution glycérinée est bonne si elle est absolument pure, ce qui est rare. M. Terrier a obtenu des injections de bons résultats contre les métrorrhagies, si ce n'est dans un cas qui lui est commun, avec M. Terrillon, et dans lequel, à la suite de contractions utérines très-violentes, l'hémorrhagie redoubla. La malade étant partie en province, on n'a plus eu de ses nouvelles.

M. Delore a posé qu'en injectant l'ergotine dans l'utérus, elle aurait une action plus efficace. Il n'ose pas affirmer qu'il ait obtenu plus de succès que par la méthode Hildebrand, mais il prétend que a sienne est d'un emploi très-simple.

M. Panas demande de quelle ergotine s'est servi M. Delore. L'ergotine Bonjean n'est pas un alcaloïde. L'acaloïde de l'ergot de seigle n'est pas encore isolé. L'ergot contient deux principes : des matières extractives, et une huile volatile toxique. Quel est le principe actif? Il paraît démontré par l'expérience des accoucheurs que c'est l'huile essentielle qui agit. C'est pourquoi ils emploient toujours une poudre fraîchement préparée. Au point de vue thérapeutique, il n'est pas

démontré que les injections d'ergotine modifient la douleur. On sait que les injections d'eau pure peuvent la calmer.

M. Sée ne pense pas que l'ergotine agisse seulement comme l'eau tiède en injection hypodermique. M. Moutard-Martin a fait récemment devant la Société des médecins des hôpitaux, une communication d'après laquelle les injections d'ergotine Bonjean arrêtent rapidement les hémorrhagies. On n'obtiendrait rien de semblable avec de l'eau.

M. Duplay rappelle les résultats obtenus par M. Vidal, à l'hôpital Saint-Louis, dans le traitement du prolapsus rectal chez les enfants à l'aide de l'ergotine Bonjean. Ce n'est pas un corps inerte, et ses résultats sur la contractilité musculaire sont très-réels.

M. Delore s'est servi de l'ergotine Bonjean. Il est important de se servir toujours du même produit pour avoir des résultats comparables. La séance est levée. (*Séance du* 31 *octobre* 1877.)

M. Polaillon communique un cas de **présentation du tronc chez une femme primipare**, à l'autopsie de laquelle on a pu constater que l'utérus était complètement cloisonné. Rapprochant ce fait d'un cas analogue qu'il a pu observer, M. Polaillon conclut que les malformations de l'utérus peuvent être la cause de présentations vicieuses.

M. Blot demande quelles étaient les mesures du bassin de cette femme. On voit en effet que, de toutes les nombreuses causes de présentations vicieuses, les malformations du bassin sont de beaucoup les plus fréquentes. M. Blot n'admet pas que deux faits seuls suffisent pour étayer l'opinion soutenue par M. Polaillon.

M. Polaillon répond que les mesures des diamètres du bassin n'ont pas été prises, mais qu'il était parfaitement évident que ce bassin n'était nullement vicié. Cette femme n'avait jamais présenté de claudication; elle n'était point rachitique. Sa taille était normale, et ne présentait aucune espèce de déformation; en outre, il était impossible au toucher d'atteindre l'angle sacro-vertébral. Le bassin était évidemment bien conformé.

M. Polaillon, contrairement à M. Blot, pense que les deux faits qu'il a produits suffisent pour faire admettre que les malformations de l'utérus peuvent être la cause de présentations vicieuses.

M. Guéniot fait observer que, dans cette hypothèse, une femme ainsi atteinte de malformation de l'utérus devrait toujours offrir des présentations vicieuses.

M. Blot ne voit, dans ces deux faits de M. Polaillon, qu'une simple coïncidence, et non une relation de cause à effet, et pense qu'il faut réserver notre jugement sur cette question. Il a dernièrement observé une femme, qui, sans cause appréciable, a eu, à sa sixième grossesse, une présentation de l'épaule, tandis que, dans ses cinq premières

années, elle a toujours eu des présentations du sommet. Aucune cause apparente ne peut être invoquée chez cette malade. En outre, M. Blot fait remarquer qu'il y a des femmes, présentant des malformations utérines constatées par M. Polaillon, qui ont des présentations par le sommet; il est donc extrêmement difficile de se prononcer sur cette question, et le jugement doit être réservé. (*Séance du 31 novembre* 1877.)

D[r] Guinand.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

Dans la séance du 7 novembre 1877 de la Société obstétricale de Londres, le D[r] Wiltshire a présenté et décrit le **forceps Tarnier.**

Le D[r] West (président) fit remarquer que le forceps Tarnier était un instrument très-ingénieux, et demanda si toutefois ce forceps ne pouvait pas blesser le périnée.

Le D[r] Fancourt Barnes appliqua alors le forceps Tarnier sur l'admirable fantôme de MM. Budin et Pinard, qu'il venait de présenter à la Société et qui fut reçu d'une manière très-flatteuse.

Le D[r] Fancourt Barnes appliqua le forceps sur la tête fœtale en position occipito-iliaque droite antérieure et parvint à extraire facilement la tête.

Le D[r] Playfair demanda au D[r] Fancourt Barnes si ce forceps lorsqu'il était appliqué sur la tête fœtale en position occipito-postérieure, permettait la rotation. Pour réponse le D[r] Fancourt Barnes appliqua le forceps et fit la rotation de la tête dans cette position.

Le D[r] Braxton Hicks fit remarquer que quand on introduisait un instrument compliqué dans la pratique, il fallait démontrer d'abord qu'il permettait plus facilement les manœuvres que l'instrument simple. Il demanda de plus si l'instrument pouvait être manié sans danger par les praticiens en général. On doit toujours préférer un instrument simple. Le forceps anglais permet au médecin de sentir dans quelle direction il est nécessaire de faire la traction, et en même temps laisse la liberté de la rotation. La courbe des fenêtres du forceps Tarnier se rapproche plus que les autres forceps français de la courbe des fenêtres anglaises.

Le D[r] Matthews Duncan dit que le forceps Tarnier paraît avoir sur l'instrument ordinaire, l'avantage de ne pas permettre le mouvement de pendule qui peut avoir des résultats déplorables. Néanmoins il trouve deux inconvénients dans le forceps Tarnier: 1° la tête une fois saisie reste serrée, pressée, jusqu'à la délivrance; 2° dans le forceps ordinaire quand on veut tirer plus fort, on serre les branches juste au

moment ou la compression est nécessaire; le forceps Tarnier ne permet pas cette manœuvre.

Le Dr Galabin dit que les aiguilles indicatrices sont trop lourdes, qu'elles doivent tomber et par cela même tromper l'opérateur. L'articulation des branches de préhension avec les tiges de traction n'est pas dans l'axe transverse de la tête fœtale, mais est placée en avant de ce point d'où il résulte que la mobilité parfaite de la tête n'existe pas.

Le Dr Fancourt Barnes fait remarquer que lorsque le forceps Tarnier est appliqué sur la tête au-dessus du détroit supérieur, dès que la traction commence, la tête descend en arrière dans l'excavation sacrée; au lieu de se heurter contre la symphyse pubienne comme avec le forceps ordinaire. Ce fait est d'une grands importance selon M. Tarnier.

Le Dr Aveling dit que la courbure périnéale est une des caractéristiques les plus importantes du forceps Tarnier. Cette courbe n'est pas nouvelle, un Anglais, le docteur Johnson l'avait le premier introduite.

Le Dr Wiltshire dit que la compression, dont parlait le docteur Matthews Duncan, peut être évitée en tournant la vis de temps en temps. L'instrument paraît bien plus compliqué qu'il ne l'est en réalité.

Le Président (Dr West) en terminant la discussion fit remarquer qu'une chose fort heureusement avait été évidente pendant la séance. C'était que les préjugés insulaires n'avaient eû aucune influence dans la discussion sur les avantages du forceps Tarnier, et que les membres de la Société avaient démontré qu'ils étaient tout à fait disposés à s'instruire de leurs confrères étrangers.

Le Dr Robert Barnes a donné à l'hôpital Saint-Georges le 23 novembre une démonstration du forceps Tarnier sur le fantôme Budin et Pinard. L'amphithéâtre de l'hôpital rempli des médecins et des étudiants était comble. Le Dr Robert Barnes dit que suivant lui le forceps Tarnier était un instrument vraiment scientifique et qu'il était le complément de deux siècles de travail sur ce point. Le principe du forceps Tarnier est juste et il réunit bien des avantages des plus importants. Le nombreux auditoire a manifesté le plus vif intérêt à cette communication.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Amputation et incision du col de l'utérus. — Kehrer, professeur de gynécologie à la Faculté de Giessen, a décrit dans les *Archiv f. Gynæk.*, 1876, t. X, p. 431, deux modifications qu'il a apportées aux opérations pratiquées pour enlever le museau de tanche dans sa totalité, ou pour inciser bilatéralement les parois du cervix. Il désigne la première modification sous le nom de : « amputation cunéiforme des lèvres du museau de tanche avec deux lambeaux latéraux », et la seconde sous le nom de : « incision rayonnée du col utérin. »

I. *L'amputation cunéiforme du museau de tanche avec deux lambeaux latéraux* est destinée à remplacer l'amputation circulaire et l'amputation conique ou infundibuliforme du col.

Il reproche à la première ses dangers ; l'instrument peut atteindre le péritoine, et amène toujours une suppuration consécutive très-abondante. Se sert-on du fil constricteur, il arrive souvent que l'anse se brise.

Quant à l'amputation conique de Huguier, elle donne lieu à des hémorrhagies considérables, lorsqu'on ne tamponne pas, et à l'infection purulente quand on recourt à un pansement obturateur. Enfin, elle expose à des rétrécissements consécutifs par suite de l'ablation de la muqueuse sur une large surface.

Après ces critiques, appuyées de quelques citations, Kehrer décrit son procédé.

Après avoir fait coucher la femme dans le décubitus abdominal latéral, de préférence au décubitus dorsal, M. Kehrer saisit l'une des lèvres du col (de préférence l'antérieure), sur le milieu du bord, c'est-à-dire très-près de la muqueuse du vagin, avec un crochet, ou, si le tissu en est friable, avec un fil qui traverse l'épaisseur de la lèvre, et abaisse ensuite l'utérus en totalité aussi bas que possible. L'existence d'adhérences empêchant la descente de l'utérus est une contre-indication à ce procédé, et dans ce cas l'auteur revient à la galvano-caustique. Comme le spéculum ordinaire mettrait obstacle à ce premier temps de l'opération, il en a fait construire un spécial qui est beaucoup plus court et muni d'un manche coudé.

La lèvre antérieure une fois fixée, on enfonce un autre crochet dans la lèvre postérieure, et avec un bistouri étroit et allongé on incise le tissu utérin à partir de la muqueuse du vagin, de façon à enlever

une portion du col ayant la forme d'une pyramide triangulaire. La base de cette pyramide correspond naturellement à la surface du col, et représente non pas exactement un V, mais bien plutôt un U, dont l'angle correspond au point où la muqueuse vaginale s'insère sur le col. Il en résulte deux lambeaux revêtus de la muqueuse utérine.

Dans le cas d'allongement de la portion vaginale, on modifie le procédé en faisant porter les incisions sur les confins de l'insertion de la muqueuse vaginale, de telle sorte que les deux branches de l'U se réunissent à angle droit ou à angle obtus.

Après la section du segment cunéiforme, on touche les lambeaux avec une solution antiseptique, et à l'aide de l'aiguille de Simon, pour la fistule urinaire, on suture les deux lambeaux et on fait une réunion aussi exacte que possible. Enfin, on injecte un liquide avec 2 0/0 d'acide phénique, injection qui est répétée les jours suivants. Les sutures sont enlevées en quatre ou cinq jours.

Par ce procédé on obtient une réunion par première intention, on arrête l'hémorrhagie, on enlève une portion considérable du tissu utérin, et on conserve assez de muqueuse du col pour éviter le rétrécissement consécutif de cette cavité.

Ce procédé est indiqué : 1° dans l'hypertrophie excentrique du col de l'utérus, avec tuméfaction exagérée ou ulcération de la muqueuse utérine; 2° dans l'hypertrophie du cervix avec allongement de la portion supervaginale; 3° dans l'allongement de toute la portion vaginale ou l'hypertrophie polypiforme d'une lèvre. Enfin, il est encore applicable au cancer, alors qu'il est limité au col.

II. *Incision rayonnée du cervix de l'utérus.* — Après un historique assez étendu des divers procédés employés jusqu'à ce jour, il fait connaître le sien, auquel il a recouru dans 86 cas, 46 fois à cause de la stérilité, 40 fois chez des femmes ou des filles souffrant de divers accidents se rattachant à la dysménorrhée. Voici les divers temps de son mode opératoire.

1° Après avoir complètement vidé la vessie et le rectum, il place la malade dans la position recommandée par Sims, c'est-à-dire dans le décubitus abdominal latéral.

2° Dans le rétrécissement simple du méat externe, il se sert des ciseaux, d'un bistouri ordinaire, ou de l'hystérotome à une seule lame; dans le rétrécissement de l'orifice interne ou de tout le col, de l'hystérotome à deux lames, mais il préfère à celui de Marion Sims l'instrument de Greenhalgh ou de Martin, quand il ne se sert pas des ciseaux qu'il a fait construire.

3° Quel que soit l'instrument adopté, il fait sur la portion vaginale six à huit incisions rayonnées.

4° Après ces incisions multiples, il s'abstient d'introduire une ponge préparée, car cette pratique prédispose à la paramétrite et à

la pelvi-péritonite. Dans 7 cas où il avait recouru, d'après les indications des auteurs, à cette pratique, il a observé 4 paramétrites ou pelvi-péritonites, dont une succomba.

Depuis qu'il s'est abstenu, c'est-à-dire sur 79 opérés, il n'a observé qu'exceptionnellement une extrême sensibilité de l'hypogastre, mais pas de pelvi-péritonite proprement dite.

5° Pour arrêter l'hémorrhagie, il s'est contenté d'un tampon vaginal imbibé de perchlorure de fer; il n'a recouru aux injections que dans les cas exceptionnels de forte hémorrhagie.

6° Le tampon n'est laissé que deux jours pleins dans le vagin.

7° Pendant le séjour du tampon, l'opérée ne subit aucun traitement particulier, mais elle reste au lit.

8° Après l'extraction du tampon, on fait tous les jours deux ou trois injections d'eau tiède, et on introduit le doigt ou la sonde dans la plaie aussi souvent que cela paraît nécessaire.

9° La durée du séjour au lit est de quatorze jours.

Il n'a perdu aucune de ses opérées de pelvi-péritonite; mais une d'elles, à la suite de l'ouverture d'une fenêtre en décembre, a été prise de tétanos, et a succombé le quatorzième jour.

Cette opération est indiquée dans les cas de stérilité et de dysmenorrhée. Dr A. Puech.

De l'amputation utéro-ovarique ou hystéro-ovariotomie comme complément de l'opération césarienne, par M. le Dr Porro. — Sous ce titre, le docteur Porro, professeur à l'Université de Pavie a publié récemment un important mémoire dont nous devons donner une analyse un peu détaillée, car le savant gynécologiste préconise cette opération comme une méthode générale dans tous les cas où on devra recourir à l'accouchement césarien. Quoique ces cas aient aujourd'hui diminué de fréquence, grâce à la pratique de l'avortement provoqué, de l'accouchement prématuré, de l'embryotomie et de la céphalothripsie, l'opération césarienne conserve encore cependant une importance assez grande pour s'efforcer d'en perfectionner les procédés.

L'auteur amené à comparer les résultats si différents de l'hystérotomie, telle qu'elle est pratiquée surtout par le Dr Péan, et ceux de l'opération césarienne dont l'issue est presque toujours mortelle, pensa qu'il y aurait avantage à réduire l'opération césarienne à une hystéro-ovariotomie. Cette dernière, qui obvie précisément aux principales causes de la mortalité dans l'accouchement césarien, à savoir, l'hémorrhagie, les épanchements péritonéaux, l'absorption soit par l'incision de l'utérus, soit par la plaie placentaire de substances septiques pouvant amener l'infection puerpérale, lui semblait une

opération rationnelle et utile en enlevant précisement à la femme la source de tant de périls.

L'occasion de mettre ces raisonnemeuts théoriques à l'épreuve se présenta dans la personne d'une primipare rachitique dont nous ne pouvons rapporter en détail l'examen pelvimétrique. Disons, cependant, que le bassin présentait un rétrécissement du troisième degré avec inclinaison antérieure prononcée des vertébres lombaires formant une espèce de spondylolisthésis. A droite, l'espace utile du bassin est nul; à gauche, il est de 4 centimètres seulement. On ne pouvait songer qu'à l'opération césarienne.

La malade étant chloroformisée, on introduit une sonde dans la vessie pour servir de guide pendant les manœuvres. L'incision des parois abdominales est faite *couche par couche* dans une étendue de 12 centimètres sur la ligne blanche, un peu obliquement de gauche à droite, et l'hémostase soigneusement établie à mesure qu'on avance. L'utérus est incisé dans l'étendue et la direction de la plaie abdominale. On retire le fœtus vivant, et aussitôt après, le placenta. Une hémorrhagie profuse allait mettre en danger les jours de l'opérée, si l'amputation utéro-ovarique n'eût été immédiatement pratiquée. L'utérus et ses annexes étant tirés hors de la cavité abdominale, l'opérateur placa au niveau du col l'anse du serre-nœud tord-fil de Cintrat, en évitant d'y comprendre aucune portion du vagin. Les parties étant ainsi bien serrées, on enleva avec une forte cisaille courbe sur le plat tout ce qui était au-dessus du fil constricteur, laissant un moignon de 2 centimètres d'épaisseur. L'hémorrhagie de ce moignon fut réprimée en serrant vigoureusement le fil du serre-nœud, et, au moyen d'un trocart, on établit le drainage de l'espace de Douglas en faisant sortir un des chefs du tube à drainage par le vagin, l'autre par la plaie abdominale.

On procéda ensuite à la toilette du péritoine et on fit la suture entortillée des parois abdominales avec quatre points de fil d'argent en ayant soin de placer l'inférieur de manière qu'il soutienne le moignon utérin sans le blesser. Ce moignon est badigeonné avec une solution de perchlorure de fer, on fixe le serre-nœud à la cuisse droite, on badigeonne tout le ventre avec du laudanum et on le recouvre de ouate. L'opération avait duré en tout 48 minutes.

Les suites furent troublées par de nombreuses complications: dans les premiers jours, quelques symptômes de péritonite avec fièvre élevée, puis une large plaie de décubitus, de la vulvo-vaginite, une lymphangite de la cuisse et de la jambe droite, et, le vingt-troisième jour, une pleurésie gauche circonscrite.

Par le tube à drainage on fit de nombreux lavages au sulfate de soude; le cathétérisme vésical fut régulièrement pratiqué jusqu'au seizième jour. L'anse du serre-nœud progressivement serrée était

tombée le quatrième jour avec toute la portion gangrenée du moignon utérin.

Le cinquantième jour après l'opération, la malade était complètement guérie et quittait Pavie pour Milan. — Aux deux époques menstruelles suivantes, dans le point de la cicatrice correspondant au pédoncule utérin, il y eut un léger gonflement avec écoulement d'un peu de liquide filant. Il n'y a eu depuis aucun signe de menstruation. Le canal vaginal est normal.

Telle est cette intéressante observation. Dans les cas semblables à celui-ci, l'opération de Porro paraît, en effet, rationnelle et utile. — L'important mémoire dont nous venons de donner brièvement la substance se termine par des considérations sur la convenance morale de cette opération qui a pour effet de rendre stériles les opérées. Nous ne les reproduirons pas, ces conditions sentimentales ayant, aujourd'hui, perdu beaucoup de leur valeur en France.

Dr A. Viault.

Leitfaden der Operativen Geburtshulf (Elements d'obstétrique opératoire), par le Dr A. Martin, privat docent de Gynécologie à l'Université de Berlin. — Berlin, 1877. Verlag von Aug. Hirschwald, gr. in-8 de 346 pages. — Les accoucheurs allemands sont extrêmement féconds et ne se lassent pas de produire, mais comme le champ est relativement limité, ils sont forcément amenés à reprendre les mêmes thèmes. C'est ce qui est advenu à l'auteur du présent manuel : bien que le sujet qu'il traite eût été dans ces dernières années abordé par deux fois en Allemagne, il ne s'est point laissé rebuter et est venu offrir au public médical un nouvel ouvrage.

Après une introduction remarquable par son extrême brièveté et dans laquelle il n'y a à relever qu'une recommandation à l'égard des instruments — il ne s'en sert qu'après les avoir trempés au préalable dans une solution d'acide phénique, — il divise la matière en deux parties.

La première est consacrée aux opérations obstétricales, à poser les indications et les contre-indications et à en décrire le manuel, c'est-à-dire les divers temps. Dans la seconde partie il traite de certains troubles de la grossesse et de l'accouchement au point de vue de l'étiologie du diagnostic et du traitement, alors que ceux-ci nécessitent une intervention opératoire. Cette partie est la plus étendue et encore elle élague avec juste raison, suivant moi, la conduite à tenir en présence de l'éclampsie et de l'absence de contraction, car ces cas ne réclament pas à proprement parler une intervention chirurgicale particulière.

Cet ouvrage est un véritable manuel, et comme les travaux de ce

genre il ne donne pas la moindre observation particulière. Il eût été cependant facile à l'auteur d'y joindre cet élément d'intérêt, car il est depuis quatre ans attaché en qualité d'*assistant* à la clinique obstétricale de Berlin. Enfin il n'y a pas davantage d'indications bibliographiques dont les Allemands sont assez prodigues; il renvoie avec juste raison aux traités d'accouchements et notamment à celui de Schrœder, qui depuis 1876 est placé à la tête de la clinique de Berlin. Enfin et en dernier lieu, on ne trouve aucun dessin intercalé dans le texte, car les planches relatives à ce sujet se trouvent dans la deuxième édition de l'Atlas gynécologique de son père, E. Martin, décédé il y a un an passé. J'avoue que je goûte médiocrement cette raison, car c'est mettre les acquéreurs de ce manuel dans la nécessité d'y joindre l'ouvrage précédent.

Abstraction de cette critique de détails et du format qui convient peu à ces sortes de travaux, l'ouvrage mérite des éloges pour la méthode et la clarté avec laquelle sont distribuées les matières. Quant à l'auteur on ne peut que lui souhaiter de marcher sur les traces de son père et de contribuer pour sa part à l'avancement d'une science précieuse entre toutes.

Dr Albert PUECH.

VARIÉTÉS

A propos de l'action du lait quininisé de la mère sur l'enfant, par le Dr O. SAINT-VEL.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Voulez-vous me permettre de répondre à l'appel de M. le docteur Edouard Burdel et insérer quelques observations au sujet de son travail intéressant: deux questions de gynécologie dans les régions palustres. Autant le premier paragraphe où la transmission de l'impaludation par le lait de la mère à l'enfant est nettement niée avec preuves à l'appui, m'a paru conforme à ce que j'ai observé, autant l'action nocive de la quinine absorbée par la mère sur le nourrisson qui trouve un poison mêlé à son aliment a été pour moi chose inouïe et surprenante. Des confrères qui ont exercé comme moi aux Antilles, foyers actifs d'impaludisme, les docteurs Rufz de Lavison et Rougon, ont été également surpris des craintes et des affirmations de M. le docteur Burdel.

Comme lui nous avons pu constater combien sont fréquentes dans la première enfance, dans la période de dentition surtout, ces fièvres à type pernicieux et à forme convulsive, dues aux influences du milieu. Comme lui encore, nous avons vu des enfants bien portants allaités par des mères impaludées, fait qui démontre que la fièvre ne se transmet pas par le lait. Dans les cas où la mère et l'enfant sont pris de fièvre, n'est-il pas plus naturel de rapporter celle-ci pour tous les deux aux influences telluriques? On sait d'ailleurs combien la première enfance y est sensible, en vertu de sa moindre résistance.

Le passage de la quinine dans le lait est encore une question controversée, même par les chimistes les plus distingués. Aussi dans les pays chauds où la médication doit être aussi active que les accidents sont rapides, nul praticien n'aura l'idée de donner le sel quinique à la mère pour couper l'accès de l'enfant. Devant cette incertitude du passage de la quinine dans le lait, reconnue par M. le docteur Burdel, je m'explique mal les lignes suivantes : « Nous avons vu des nouveau-« nés succomber avec une rapidité presque foudroyante après avoir « tété leur mère qui cependant n'avait pris qu'une dose moyenne de « sulfate de quinine, tandis que d'autres, dont la mère avait pris des « doses plus fortes, n'en ont ressenti aucun effet fâcheux. » Ces différences tiendraient au mode d'administration de la quinine, au moment opportun de son ingestion et à l'état morbide de la mère.

En présence de cette irrégularité de la transmission de la quinine par la lactation, M. Burdel admet que la sécrétion lactée sera d'autant plus chargée du médicament et l'absorption de celui-ci d'autant plus rapide qu'il aura été donné à jeun. Au contraire, lorsque la quinine est administrée avec les aliments, sa présence dans la sécrétion du lait est moins abondante et moins rapide ; elle serait par conséquent moins toxique que dans le premier cas. Pour éviter les accidents dont l'enfant est menacé, il faut dès lors administrer la quinine au repas ou avec quelque aliment, mais surtout avoir soin, trois heures environ après l'ingestion du médicament, de vider artificiellement le sein, afin que l'enfant ne puisse téter ce lait et de continuer ainsi tout le temps que la mère est obligée de prendre le fébrifuge.

Les accidents mortels de l'enfant seraient donc, à défaut de la recherche chimique, la preuve que le médicament a passé dans le lait. Mais le sulfate de quinine est-il susceptible de produire la mort presque foudroyante, même chez l'enfant à la mamelle? A supposer qu'il soit aussi toxique, à quelle dose le devient-il? Les minimes proportions contenues dans un lait quininisé peuvent-elles déterminer la mort du nourrisson? C'est là une affirmation qui ne saurait trouver créance auprès des médecins qui exercent dans les pays chauds où l'usage de la quinine est porté jusqu'à l'abus dans la médication de l'enfance. Non-seulement le sulfate de quinine est journellement donné

à de très-hautes doses aux femmes qui allaitent pour combattre les accès pernicieux, mais il est encore administré aux enfants du premier âge sous forme de frictions, de lavements et de potions. Dans l'un et l'autre cas, ce n'est pas le fébrifuge qu'on redoute pour l'enfant, mais les conséquences indirecte ou directe de la fièvre.

Sur 57 observations recueillies par M. le docteur Burdel, 5 enfants ont succombé après la lactation quininisée. Or, quel était leur âge? Sept, neuf, douze et quinze jours, l'âge précisément où la vie est si précaire et s'éteint aisément, en dehors de toute intervention thérapeutique. La série fût-elle plus nombreuse, nous rapporterions plus volontiers les accidents aux influences du milieu palustre qu'à l'action du médicament. Quelle que soit l'interprétation des faits observés par M. Burdel, ils diffèrent trop des faits journaliers pour ainsi dire de la pratique médicale aux Antilles pour qu'on ne doute pas de l'action nocive du sulfate de quinine. Quand on a constaté les services que rend dans les contrées chaudes et palustres ce grand médicament, on redoute et on regrette tout jugement précipité susceptible de causer quelque défaveur qui ne serait pas sans danger.

Veuillez agréer, etc.

Dr O. SAINT-VEL.

Monsieur le Rédacteur en chef des *Annales de Gynécologie.*

Monsieur,

J'assistai dernièrement aux couches d'une jeune dame, âgée de 16 ans, primipare, bien conformée et d'une constitution excellente.

L'accouchement se fit, comme cela se fait malheureusement encore en Espagne, sur une chaise percée.

Les premières douleurs de l'enfantement se firent sentir vers huit heures du matin; la dilatation du col utérin ne fut complète, cependant, qu'à neuf heures du soir.

J'avais, à diverses reprises pendant la journée, examiné et touché la patiente, et je m'étais assuré que le fœtus se portait bien et qu'il s'agissait d'une présentation du crâne, en première position (O. I. G. A.).

La poche des eaux, ne cédant pas, en dépit des contractions de l'organe alors fortes et régulières, je taillai dans l'ongle de mon index une petite encoche et je perçai les membranes, procédé que je crois de beaucoup préférable à l'usage des perce-membranes connus et à connaître.

Comme toujours il y eut pour l'utérus un moment de repos, puis, au bout de quelques minutes, les contractions reprirent avec une

nouvelle intensité. Vers dix heures et demie l'occiput était hors de la vulve et sur le devant du pubis.

Je m'attendais comme toujours à voir se dégager successivement les diamètres qui mesurent le dégagement dans le quatrième temps de l'accouchement ; mais je constatai avec étonnement, que l'expulsion de la tête ne se complétait pas, quoique le bregma et le front fussent dehors. En attendant, les contractions et les cris de la malade redoublaient à faire de la peine. Je mis mon doigt sur le frenulum périnéal, et, à ma grande surprise, je le trouvai fortement accroché dans la bouche de l'enfant qui était largement ouverte. La volumineuse tête de l'enfant était tout à fait immobilisée et comme fixée dans la vulve.

J'avais simplement à mettre le diamètre sous-occipito-mentonnier en rapport avec l'axe du canal pour dégager la tête. Pour cela je devais ramener par en bas l'occiput de l'enfant; mais j'eus peur d'engager les épaules dans le détroit inférieur — sens transversal — et d'empirer les choses.

Je dus vaincre une grande résistance de l'orifice vaginal et de la fourchette, pour introduire mon index dans le vagin. J'accrochai le menton du fœtus et en déprimant fortement le périnée, j'obtins l'expulsion totale de la tête. La rotation des épaules ne tarda pas à se faire et l'accouchement se termina heureusement.

L'enfant, qui était assez volumineux, était en état de mort imminente; il présentait sur ses joues deux larges empreintes longitudinales, produites par l'action périnéale, qui contrastaient notablement par leur blancheur avec la couleur bleuâtre de la face injectée et tuméfiée. Je fis saigner légèrement le cordon en l'exprimant et j'aspergeai vigoureusement le corps de l'enfant avec de l'eau froide. Les mouvements respiratoires, d'abord irréguliers et faibles ne tardèrent pas à se régulariser et à prendre de la force.

J'examinai le lendemain les parties génitales de l'accouchée, et, sauf quelques écorchures qui, au dire de Duncan, se produisent généralement autour de l'orifice du vagin, il n'y avait rien d'anormal. La fourchette était intacte.

J'ai feuilleté avec soin nombre d'ouvrages français, anglais, italiens, allemands aussi bien modernes qu'anciens, et nulle part je n'ai trouvé d'observation pareille.

Les auteurs de tocologie prêtent en général peu d'attention à l'action du périnée pendant le dernier temps de l'accouchement et négligent par conséquent l'étude du véritable rôle que cette région joue dans l'expulsion du fœtus. Beaucoup, en décrivant le quatrième temps du travail, croient qu'une fois l'occiput et les bosses pariétales sortis, le périnée glisse rapidement sur le devant de la face et remonte

sur le col de l'enfant, sans insister autrement sur ce qui se passe après.

Quoique je sois avec Joulin pour ne point accorder une trop grande importance à la contractilité des muscles de la région périnéale, contractilité bien amoindrie par la distention que produit la tête fœtale, je pense pourtant, étant donné un cas de primipare comme celui qui m'occupe, que l'action du constricteur du vagin, exitée, peut-être par des impressions réflexes, à un degré voisin du tétanisme, peut être le principal facteur des phénomènes que je viens de décrire.

En tout cas, je crois pouvoir déduire de cette observation des conséquences assez importantes au point de vue anatomo-physiologique aussi bien qu'obstétrical : 1° On ne peut pas toujours attribuer la résistance du périnée à la contractilité de tous ses muscles, ni même à l'excessive rigidité de ses éléments fibreux; elle peut être due exclusivement à l'action isolée de quelqu'un de ses muscles : le constricteur du vagin, par exemple. 2° Le périnée, je suis en ceci en parfait accord avec M. Tarnier, joue, vis-à-vis des parties fœtales le rôle d'une sangle élastique qui glisse fortement sur les parties du fœtus à mesure qu'elles se montrent; ce qui fait que dans certains cas il puisse ouvrir la bouche de l'enfant, et en s'accrochant sur les commissures labiales, empêcher l'accouchement. 3° Enfin, que l'action de l'accoucheur pour corriger cette cause de dystocie, doit s'exercer de préférence sur le menton de l'enfant, pour l'extraire et vaincre en même temps la résistance du bord antérieur du périnée, bien plutôt que sur l'occiput, afin d'empêcher l'engagement transversal des épaules dans le détroit inférieur, ce qui pourrait arriver si l'on exercait de trop fortes tractions sur l'occiput.

Veuillez agréer, etc.

Barcelone, 18 octobre 1877.

E. Roig y Bofill.

Cours de Gynécologie.

M. le Dr Verrier, préparateur à la Faculté, commencera un cours sur les maladies inflammatoires de l'utérus et leurs complications, le lundi 19 novembre à 8 heures du soir, à l'amphithéâtre de l'Ecole pratique, n° 2. Il le continuera les Vendredis et Lundis suivants à la même heure.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Signe permettant de reconnaître la grossesse au début, par le Dr C. Gehrung. (*The American Practitioner*, juillet 1877.)

Ein verheiratheter Zwitter (*Un hermaphrodite marié*). Dohrn. *Arch. f. Gyn.*, t. XI, p. 208.

Ueber eine vollstandige mannliche Zwitterbildung (*Sur un hermaphrodite complètement masculin*), par Léopold. (*Arch. f. Gyn.*, t. XI, p. 357.)

Ueber Geburten nach dem Tode der Meitter (*Sur un accouchement après la mort de la mère*), par Reimann. (*Arch. f. Gyn.* t. XI, p. 215.)

Beiträge zur lehre vom Fruchtwasser und seiner Entslehung (*Contribution à la théorie de l'hydropisie de l'amnios et de sa production*), par Prochownick. (*Arch. f. Gyn.*, t. XI, p. 304 et *id.* p. 561.)

Studien über die Uteruschleimhant wâhrend Menstruation Schwan gerschaft und Wochenbett, avec 6 planches en chromo-lithographie), par Léopold. (*Arch. f. Gyn.*, t. XI, p. 110 et *ibid.*, p. 443.)

Beitrag zur Lehre vom schrägveverengten Becken (*Contribution à la théorie de l'étroitesse du bassin*), par Gusserow, avec deux planches. (*Arc. f. Gyn.*, t. XI, p. 264.)

Beitrag zur Lehre von der puerperalen Infection der Neugeboren. Contribution à l'infection puerpérale des nouveau-nés), par Kustner. (*Arch. f. Gyn.*, t. XI, p. 256.)

Les Annales de Gynécologie ont reçu :

The mecanism of natural and artificiel labor in narrow pelves, par William Goodell. Philadelphie, 1877.

Quelques mots sur la trachéotomie au moyen du galvano-cautère par le Dr Deschamps. Liége, 1877.

Address on obstetrics, par Théophile Parvin. Philadelphie, 1877.

On the nature origin and prevention of puerperal fever, par le Dr Lusk.

Etude sur l'hypertrophie exulcérative du col de l'utérus dans la syphilis secondaire, par le Dr V. de Fourcauld. Thèse de Paris, 1877.

De la pleurésie purulente chez les enfants, par le Dr Thiriar. Bruxelles, 1877.

Clinica ostetrica di Modena. Année 1877, par le professeur Macari. Modène, 1877.

Clinique thermo-minérale de Néris, par le Dr de Ranse (troisième fascicule). Paris, 1877.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. Leblond.

Paris. A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME VII

Juillet à Décembre 1877.

A

B

C

D

FIN DE LA TABLE.

Paris — Typ. A. Parent, rue Monsieur-le-Prince, 31.

